Understanding Seniors' Independence

Report no. 2: Coping strategies

NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING

Canada

UNDERSTANDING SENIORS' INDEPENDENCE

REPORT NO. 2:

COPING STRATEGIES

National Advisory Council on Aging
May 1990

91-03400/

Information on this report may be obtained from:

National Advisory Council On Aging
Ottawa, Ontario
K1A OK9
(613) 957-1968

Également disponible en français sous le titre:

Pour mieux comprendre l'autonomie des aînés. Rapport n° 2:

Leurs stratégies de prise en charge

Blossom T. Wigdor, CM, PhD
Chairperson

Susan Fletcher
Director

© Minister of Supply and Services Canada 1990
Cat. No. H71-3/13-1990E
ISBN 0-662-17726-6

TABLE OF CONTENTS

PREFACE 1

WHAT IS THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING? 3

MEMBERS OF THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING 3

SUMMARY OF RESULTS 5

1. INTRODUCTION 7

2. STRATEGIES: COPING WITH THE MAJOR BARRIERS TO INDEPENDENT LIVING 9

   2.1 SELF-RELIANCE 9

   2.2 INFORMAL NETWORK 12

   2.3 FORMAL SERVICES 14

   2.4 CANNOT COPE 17

3. POLICY IMPLICATIONS: HOW TO SUPPORT SENIORS IN WAYS THAT ARE CONGRUENT WITH THE WAY THEY COPE 19

   3.1 GENERAL POLICY DIRECTIONS 19

   3.2 SUGGESTIONS FOR ACTION 19

      3.2.1 PHYSICAL HEALTH 19

      3.2.2 EMOTIONAL/MENTAL WELL-BEING 20

      3.2.3 TRANSPORTATION AND MOBILITY 21

      3.2.4 COMMUNITY-BASED SUPPORT SERVICES 22

      3.2.5 SAFETY AND SECURITY 22

      3.2.6 HOUSING 23

      3.2.7 COMMUNICATIONS AND INFORMATION 24

REFERENCES 25

APPENDIX 27

PREFACE

This document is a sequel to Understanding Seniors' Independence. Report no. 1: The barriers and suggestions for action and is being published on the occasion of the 10th Anniversary of the National Advisory Council on Aging (NACA). On the basis of a national consultation with individual seniors, representatives of seniors' associations and service-providers, the first report described the nature and scope of the barriers to independent living faced by seniors. The present document describes the strategies used by seniors to cope with these barriers. Following a description of the types of strategies used to overcome or deal with the seven major barriers identified in the first report, several suggestions for action are formulated that take into account the coping strategies reported by the people consulted. In general, NACA believes that policies and programs directed to seniors should respect and complement the strategies they already use to maintain their independence in the community.

As in the first report, the descriptive information regarding coping strategies and the recommendations for action are directed to several target audiences, including individual seniors, their family and friends, seniors' associations, service-providers, community leaders, representatives of provincial or federal government departments and agencies, students of gerontology, and, finally, all those who are concerned with seniors' issues.

NACA is grateful to the individuals who participated in the consultation and gave thorough, thoughtful and often very personal descriptions of the ways they, or seniors they knew, coped.

A debt of gratitude is owed to the Council members who served on the Special Projects Committee, which directed this research and to Dr. Charlotte Matthews, NACA's past President. These members devoted much time and reflection to the preparation of the report.

I wish to express my gratitude to NACA's Director, Susan Fletcher, who carefully supervised this project, to Judith Stryckman, who designed the original consultation, to the NACA staff members, who expertly executed the editing, production and distribution phases of publication and to Leroy Stone, of the Population Studies Division, Statistics Canada, who provided valuable comments on early drafts of the document.

Finally, I wish to make special mention of Louise Plouffe, who carried out the analysis and interpretation of the questionnaires, proposed the recommendations for action and wrote the report.

Blossom T. Wigdor, CM, PhD
Chairperson
National Advisory Council on Aging

May 1, 1990

WHAT IS THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING?

The National Advisory Council on Aging (NACA) was created by Order-in-Council on May 1, 1980 to assist and advise the Minister of National Health and Welfare on issues related to the aging of the Canadian population and the quality of life of seniors. NACA reviews the needs and problems of seniors and recommends remedial action, liaises with other groups interested in aging, encourages public discussion and publishes and disseminates information on aging. In carrying out its responsibilities, NACA also works closely with the Minister of State for Seniors.

The Council has 18 members from all parts of Canada. Members are appointed by Order-in-Council for two- or three-year terms and are selected for their expertise and interest in aging. They bring to Council a variety of experiences, concerns and aptitudes.

MEMBERS OF THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING

Chairperson

Blossom T. Wigdor*	Toronto, Ontario

Members

Joel W. Aldred	Port Perry, Ontario
Frank Appleby	Athabasca, Alberta
Maurice Bérubé	Rimouski, Quebec
Lila Briggs*	Sydney Mines, Nova Scotia
Kappu Desai*	Don Mills, Ontario
Tina Donald	Summerside, Prince Edward Island
Louise Francoeur	Saint-Bruno, Quebec
Barbara Gregan	Fredericton, New Brunswick
Mary Hill	Vancouver, British Columbia
Marguerite Hogue-Charlebois	Montreal, Quebec
Noëlla Porter	Sainte-Foy, Quebec
Edward Slater	Manotick, Ontario
William Smoler	Whitehorse, Yukon
Jake Suderman*	Winnipeg, Manitoba
Yvon-R. Tassé	Sillery, Quebec

---

* These members served on the Special Projects Committee which directed this research.

SUMMARY OF RESULTS

The great majority of Canada's seniors live independently in the community. They are able to manage life's tasks with the help of others around them and to choose their activities. Nevertheless, as the National Advisory Council on Aging (NACA) found during a national consultation, seniors are confronted with a number of significant barriers, or conditions which make independent living difficult.

This report describes the strategies and resources used by seniors to cope with the problems they encounter as they attempt to live independently in the community. The results presented here are based on the responses of 800 persons who participated in a consultation conducted in 1988 by NACA on the difficulties seniors face in living an independent lifestyle. The sample who responded to the consultation consisted of: 503 individual seniors who answered for themselves, 70 seniors answering on behalf of their associations or for seniors they have observed, and 227 service-providers who work with seniors, both professional and non-professional.

The coping strategies described by the participants were classified into one of four categories: self-reliance, informal network, formal services and cannot cope. **Self-reliance** referred to actions undertaken by the individual without the explicit help of others. The **informal network** meant the services and supports provided by family, friends or neighbours which helped seniors cope. **Formal services** referred to the use of institutional or community-based services, both professional and voluntary as a means of coping. The category **cannot cope** was used to classify specific avowals that seniors had not found a way of handling a problem.

Problems with physical health and emotional/mental well-being elicited the greatest incidence of self-reliant strategies among seniors; with respect to physical problems, these actions were directed to solving or mitigating the problem, whereas in the case of emotional/mental difficulties, the strategies were often intended to alleviate distress. In both instances, it was clear that in coping with these two major barriers to independent living, seniors preferred to mention self-reliant strategies.

For the five other problem areas (transportation, community-based services, safety and security, housing and communication and information), participants most frequently reported that seniors depend upon formal services to cope. The informal network of family, friends and neighbours was also mentioned frequently as a support for difficulties related to transportation, community-based services and communication and

information. However, for housing and safety issues, formal services were perceived to be almost the sole source of assistance.

In general, seniors answering for others and service-providers described a greater number and variety of strategies and resources available to help seniors cope with the different barriers to independent living. Also, not surprisingly, individual seniors reported self-reliant actions to solve difficulties or make them less distressing proportionately more often than did service-providers, whose focus was principally on services.

The coping strategies and resources reported to NACA are consistent with the findings obtained in research studies in several respects. However, it is probable that the actual use of informal networks and formal services by seniors to prevent barriers to independent living from emerging was underestimated in this consultation because the strategies reported were the ones specifically cited to cope with the experience of a real or potential barrier. Despite this limitation, these findings may be useful in guiding the establishment of services which are congruent with the ways in which seniors already cope and which will bolster their efforts to maintain an independent lifestyle in the community.

NACA believes that public policy should take into account the ways in which seniors cope, as well as the problem areas with which they have the most difficulty. Very broadly, the self-reliant strategies of seniors should be respected and promoted in every way possible in developing programs and services for seniors. Society at large, including the various levels of government, the voluntary sector and citizens' groups, should assume greater responsibility in providing services needed to overcome the barriers with which seniors cannot cope on their own. NACA is convinced that providing the supports required to maintain independent living will actually prevent the unwanted and unnecessary dependency of seniors.

NACA makes no claim to have conducted a scientific survey with a representative sample of Canadian seniors. The results described here warrant further investigation by researchers. Nevertheless, NACA believes that this report will provide useful information regarding the ways in which seniors cope as they attempt to maintain an independent lifestyle in the community.

1. INTRODUCTION

The great majority of Canada's seniors live independently in the community. Nevertheless, as NACA found during a national consultation, seniors are confronted with a number of significant barriers, or conditions which make independent living difficult. "Independent living" in this context refers to the subjective perception of being able to carry out life's activities within a normal community setting and of having access to choices about these activities. A "barrier" to independent living is a condition or situation that makes living independently difficult or that is perceived to threaten that independence or limit the choices. The most important barriers identified by NACA were physical health, emotional/mental well-being, transportation and mobility, community-based support services, safety and security, housing, and communication and information. These barriers are described in detail in the report entitled Understanding Seniors' Independence: Report no. 1: The barriers and suggestions for action.

NACA was also interested in discovering how seniors coped with the difficulties they faced. In the questionnaire distributed to individual seniors, seniors' associations and service-providers, NACA asked those who identified a problem in a particular area to describe how they, or seniors they had observed, managed to overcome or cope with the problem. The question was open-ended, to allow the greatest variety of responses possible. The answers given by 800 participants (503 seniors answering on their own behalf, 70 seniors answering on behalf of others they know or their associations, and 227 service-providers, both professional and non-professional) are described in this report and the implications of these results for policy are presented.

COPING STRATEGIES

The term **coping strategy** includes a broad range of individual actions and resources that seniors draw upon to deal with the difficulties they face. To cope means to do something which helps one overcome, alleviate or adapt to a stressful situation. The various actions and resources described by the participants in the consultation were classified into four categories of coping strategies. These categories are consistent with the classification of strategies or resources which is used by researchers in the field of aging (e.g., Corin, 1987; Cantor, 1989). Further information regarding the participants and the data collection procedure is provided in the Appendix.

The first category of responses was termed **Self-reliance.** Answers of this type were descriptions of actions or behaviours undertaken on one's own without the explicit help of others to deal with the identified problem. In accordance with the

distinction made by Folkman and Lazarus (1980), these "actions" included adjusting one's attitudes to make a problem less emotionally distressing as well as doing something to overcome the problem. Typical responses from seniors answering for themselves that suggested emotion-focused coping were: "Try to ignore it;" "Stay busy and think positively;" Learn to accept this as part of my life;" "Think of the good things instead;" and "Turn to the Lord." Problem-focused strategies were indicated by answers such as: "Take calcium tablets;" "Follow my exercise routine;" "Watch my budget" or "Read a book about Alzheimer's disease." Seniors answering for other seniors and service-providers described far fewer self-reliant coping behaviours than did seniors answering for themselves, although their descriptions of self-reliance were similar to those of individual seniors (for instance, "Take medication," "Take notes," "Develop use of other senses" or, "Learn to live with pain").

Use of the **Informal network** constituted the second category of coping responses. Participants stated that they, or seniors they knew or worked with, depended upon the help, information or advice given by family, friends, or neighbours to cope with a particular problem.

The third category of responses comprised all references to **Formal services.** These services were institutional or community-based and included professional services, homecare, transportation, residential facilities, volunteer services, mutual aid groups, church groups, advocacy, media efforts, education, safety programs or security devices. The essential distinction between informal and formal services is that the former is based upon a personal relationship between the senior and the helper, whereas in the latter, the senior is a member of a client group (NACA, in preparation).

The fourth and final category of responses, **Cannot cope**, was used to classify specific statements that the senior had not found a satisfactory way of dealing with the problem. Examples of answers in this category given by individual seniors were: "What can we do;" "We haven't managed to cope", or "It's very hard for me." Seniors answering for others and service-providers made statements such as: "Seniors can't cope" or "they have poor coping mechanisms."

The responses were analyzed to understand the kinds of strategies seniors use to cope with the different challenges to their independence. It is important to be aware of these strategies in order to develop social and health policies that respect seniors' preferred ways of coping, that are congruent with their actions and attitudes and, ultimately, that will best serve their needs.

2. STRATEGIES: COPING WITH THE MAJOR BARRIERS TO INDEPENDENT LIVING

2.1 SELF-RELIANCE

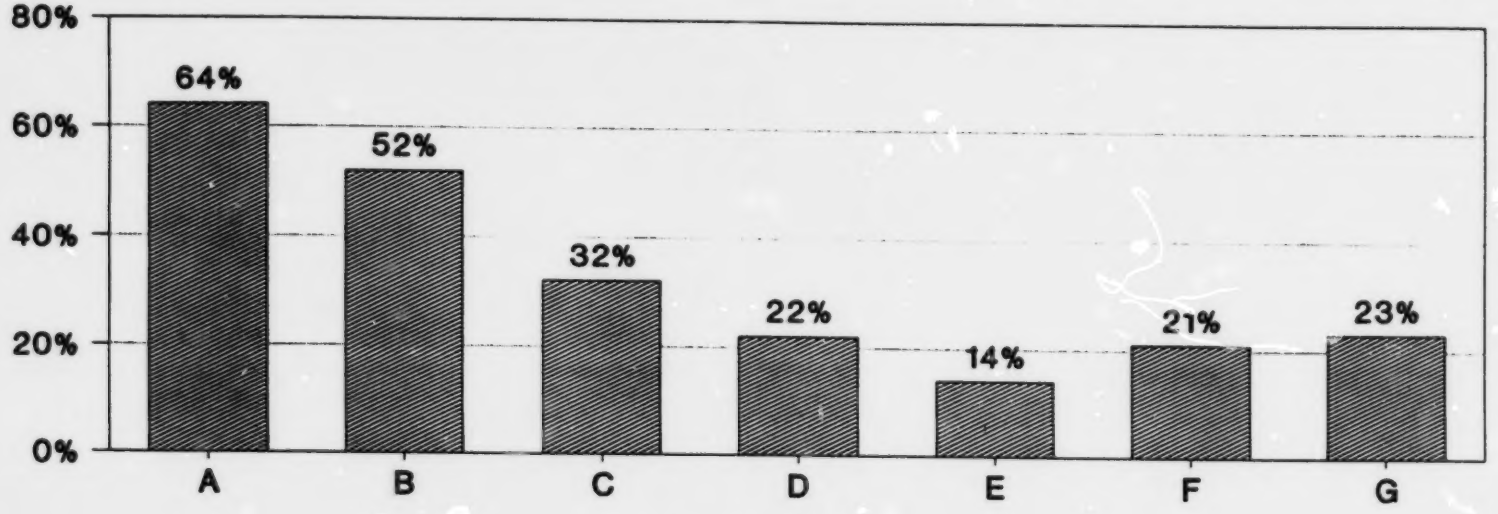
The greatest preoccupation of seniors is their physical health. This observation has been made in scientific research studies (e.g., Cappeliez, 1989; Koenig et al., 1988). As well, problems with physical health were identified in NACA's earlier report as the foremost obstacle to seniors' independence. It is not surprising, therefore, that more participants described how seniors coped with physical health problems than with any other barrier to independent living.

In a recent study which examined how seniors cope with health concerns, Kaus and Hooker (1989) reported that seniors who experienced a high degree of health-related concerns engaged in problem-solving behaviours, attempts to change themselves or their circumstances, as well as in some "wishful thinking". NACA also found that problems with physical health elicited a greater proportion of these self-reliant coping strategies than any other problem area. The frequency of self-reliant strategies described by the seniors who answered NACA's questionnaire for themselves is shown in **CHART 1**.

Participants most frequently reported that seniors cope with these health difficulties by using medication, prosthetics (eye glasses, hearing aids) and assistive devices (e.g., electric blankets, canes) or by engaging in physical activity or following nutritional guidance. Although actions intended to reduce symptoms or control pain predominated the descriptions given to NACA, about 10% of the individual seniors consulted reported emotion-focused strategies, such as trying to accept their problems philosophically or keeping active and not dwelling on their limitations.

Studies have indicated how emotion-focused strategies can be helpful for older adults in coping with physical illness. Seniors anticipate the stress of illness or disability as they age (Lazarus and DeLongis, 1983) and may respond with less anxiety (Westbrook and Viney, 1983) and less anger (McCrae, 1982). Faced with chronic illness, older adults may cope emotionally by minimizing the seriousness of their condition, or viewing their illness as having "a silver lining" (Felton and Revenson, 1987). Essex and Ryff (1989) found that some elderly adults were able to maintain a sense of well-being and self-esteem while experiencing a decline in their physical condition, by making favourable comparisons between themselves and others or by re-assessing the importance of physical capabilities to self-concept and general well-being.

Chart 1: Self Reliance reported as a coping strategy by seniors consulted, according to problem areas



Problem areas

A - Physical Health
B - Emotional / Mental Health
C - Transportation / Mobility
D - Community Based Services
E - Safety and Security
F - Housing
G - Communication / Information

Source: NACA 1988

It has been observed in mental health research that older adults are more reluctant than younger persons to seek help to deal with psychological difficulties (e.g., Brown, 1978; Gourash, 1978; Koenig et al, 1988). One reason for this reluctance may be that adults currently over 65 were not socialized to regard confiding in intimates or mental health professionals as legitimate coping strategies (Felton and Revenson, 1987). Although NACA did not have information from younger adults with which to compare the responses provided by seniors, it was clear that the seniors consulted preferred to handle emotional or mental problems on their own rather than seek help from others.

Emotional and mental health difficulties, including loneliness, anxiety, depression and dementia, were handled through self-reliant actions by the majority of individual seniors who disclosed how they coped with problems they were experiencing. Seniors answering for others and service-providers listed far fewer self-reliant strategies to deal with mental health difficulties. This discrepancy could be explained by the fact that one has limited access to the private world of another and also by the fact that these participants were more likely to meet individuals who had <u>not</u> been able to cope successfully using their own resources.

The specific strategies reported most frequently by all categories of participants were emotion-focused rather than problem-focused. For instance, many reported that seniors keep busy to allay loneliness or consciously stop themselves from dwelling on thoughts that make them depressed or anxious. Some seniors said they tried to be brave, or to accept their situation (e.g., widowhood) as an inevitable consequence of aging. A few problem-oriented strategies were mentioned, for example, taking medication or making efforts to go out to meet more people.

Self-reliance was less frequently used than other coping strategies to deal with barriers to independent living other than physical health and emotional/mental well-being. Those who reported that seniors handled problems with transportation or mobility on their own usually said that seniors adjusted their activities and routines to accommodate themselves to restrictions imposed by a lack of convenient transportation or by hazardous roads and sidewalks. Similarly, coping alone with difficulties in the area of community-based support services or housing principally meant that seniors did as much housework or yardwork, home maintenance, and so on, as they could and left the rest undone.

In dealing with issues of safety and security, very few participants in NACA's consultation said that seniors managed to cope without the direct assistance of the informal network or formal services.

2.2 INFORMAL NETWORK

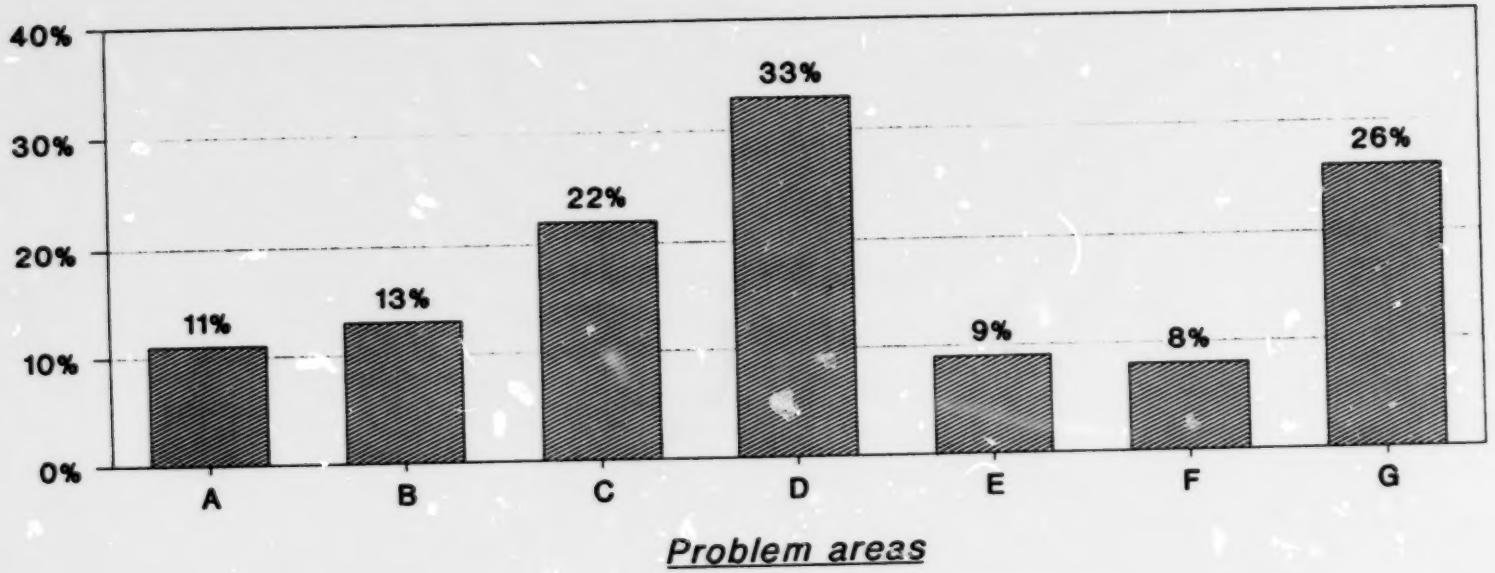
Research on social support has shown that seniors rely heavily on family members, friends and neighbours for a variety of services (e.g., Cantor, 1989; Chappell, 1983; Stone, 1988; Thompson, 1989; Wagner and Keast, 1981). In fact, the presence of a supportive informal network facilitates the use of other coping mechanisms: the social and emotional support of others can bolster feelings of self-worth and competence to cope (Bandura, 1982); family and friends can also serve as a channel to formal services (Shanas and Sussman, 1977).

Having a strong informal network may prevent problems from arising. For example, an elderly woman may be "buffered" from depression by her social support network (Phifer and Murrell, 1986); transportation may not pose a problem as long as the husband is alive and well, or the inability to perform domestic chores may not be a problem for a widower whose daughter cooks and cleans for him. Indeed, some of the participants in NACA's consultation specifically stated that the presence of someone (usually a spouse) prevented certain problems from emerging.

By asking how seniors coped with real or potential problems without explicitly referring to sources of support, NACA's consultation diverges from the research on informal social supports and may underestimate the degree of help with the activities of daily living that is actually provided by the informal network. Among seniors answering for others or service-providers, the assistance in coping given by the informal network was probably less visible than the aid provided by formal services. Among seniors answering for themselves, the tendency to under-report the use of the informal network could be explained in several ways. First, the role of family and friends in coping may not be readily distinguishable from the multitude of other social and emotional functions they serve. A second reason may be that those who receive adequate support from their informal network, whom they may regard as an extension of themselves (Cantor, 1989), may not have reported that they experienced difficulties in living independently. A third plausible explanation is that seniors who do rely on friends and family to cope may feel uncomfortable with this "dependency" and may thus have downplayed it in their responses.

CHART 2 shows the frequency with which the seniors consulted by NACA reported that they relied on family, friends and neighbours to cope with each problem. The informal network was mentioned relatively more often as a means of coping with transportation difficulties as well as with problems related to community services. For example, seniors called upon family, friends or neighbours to drive them to appointments, to take them shopping or to bring groceries. Home support services performed for seniors by persons in their informal network included yardwork, home repairs and some heavy household chores.

Chart 2: Reported use of the informal network as a coping strategy by seniors consulted, according to problem areas



A - Physical Health

B - Emotional / Mental Health

C - Transportation / Mobility

D - Community Based Services

E - Safety and Security

F - Housing

G - Communication / Information

Source: NACA 1988

The problem areas for which the informal network was called upon least often were those of safety and housing. It is interesting to note that few of those consulted by NACA regarded housing or safety as problems to be dealt with independently or with help from the informal network.

2.3 FORMAL SERVICES

Many factors condition the use of a formal service as a means of coping with particular difficulties. The needed service must exist and must be known to exist. Also, the service must be accessible, reliable and affordable (NACA, 1989).

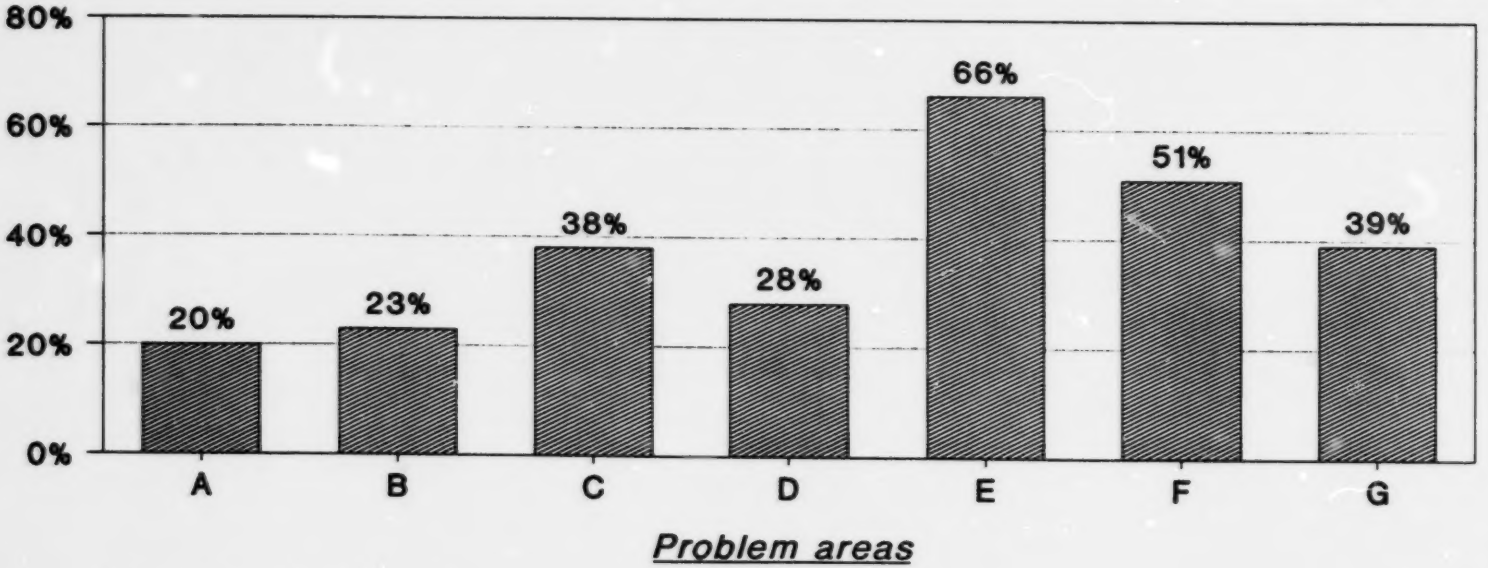
In NACA's consultation, seniors answering on behalf of their associations or of other seniors they know and service-providers more readily described a formal service as a means of coping with a problem than did individual seniors. This finding is not surprising, since service-providers and representatives of seniors' groups are more likely to be knowledgeable about the resources in the community and less aware of the self-reliant strategies and the informal support mechanisms in seniors' coping repertories.

The extent to which the individual seniors consulted reported using formal services to cope with real or potential barriers to independence is displayed in **CHART 3**. It should be pointed out that the actual use of formal services by seniors is probably greater than indicated here, because these services can be used to prevent problems from emerging as well as to cope with difficulties one is experiencing. Also, it is evident that many self-reliant behaviours, such as taking medication or using assistive devices, result from consultations with professional services.

The services most often described by participants to deal with physical health problems included medical and other health professionals and various home-support services (e.g., VON, Meals-on-Wheels). Very few participants stated that these services were insufficient or inadequate. Placement in a nursing home was seen as a solution to physical health problems by a few of the seniors answering for others and the service-providers, and by none of the seniors answering for themselves.

The individual seniors consulted were far less inclined to mention formal services as coping strategies for mental/emotional health problems than were seniors answering for others or service-providers. In addition to the formal mental health services, resources for promoting mental health which were mentioned included social gatherings (outings, friendly visiting, support groups) and organized activities for seniors in churches

Chart 3: Reported use of formal services as a coping strategy by seniors consulted, according to problem areas



Problem areas

A - Physical Health
B - Emotional / Mental Health
C - Transportation / Mobility
D - Community Based Services
E - Safety and Security
F - Housing
G - Communication / Information

Source: NACA 1988

or community centres. Residential relocation as a way of overcoming social isolation and consequent loneliness was suggested by a small percentage of all groups consulted by NACA.

To cope with transportation and general mobility problems, seniors reported using public transportation for the disabled, volunteer driver groups and delivery services, in addition to relying on members of the informal network for rides.

It was evident from the descriptions of strategies used to cope with difficulties related to certain community-based support services that options were limited: if the needed community services were inadequate or unavailable, people either had to depend upon family and friends or accept whatever formal services were available. Participants expressed frustration particularly with regard to the lack of low-cost, reliable home and yard maintenance services. Some seniors reported using formal agencies as referral sources for the specific services they needed, or as substitutes. Referral services included a central co-ordinating agency and seniors' centres; an example of a substitute service was congregate housing. Several of those consulted by NACA, especially the service-providers, recommended that additional services be put in place.

There was considerable unanimity among all participants regarding the strategies needed to deal with concerns for safety and security: for all, formal services are the principal vehicle for ensuring the safety of seniors. The most often cited strategies for dealing with safety concerns were locks and other security devices (e.g., window bars, timers for house lights, house alarms) and safety education. Emergency telephone numbers like "911" were also mentioned, as were voluntary community programs, such as mail alert, telephone reassurance and "buddy" systems.

Few of those consulted by NACA regarded safety and security as a problem to be dealt with alone or with help from the informal network. No doubt, the informal network is implicated in some of the neighbourhood and voluntary initiatives reported; what is striking, however, is the emphasis on collective rather than individual coping strategies.

Problems with housing were also considered to be beyond the capacity of seniors to manage either alone or with the help of the informal group. According to the participants in the consultations, seniors handled problems related to housing by moving to homes which cost less or required less effort to maintain or which were built closer to needed services or by applying for subsidies for home repair.

Problems related to lack of information and difficulties communicating with others were regarded to be the responsibility of the formal service network by the majority of individual seniors, seniors responding on behalf of others and service-providers. Seniors' centres and local community centres were seen as prime vehicles for information and referral. Local elected officials and professionals were also reported as information sources, especially by individual seniors. Some educational projects and media efforts were cited; as well, there were calls for more centralized referral services and for individualized services for seniors (e.g., tax return preparation; translation services for ethnic seniors).

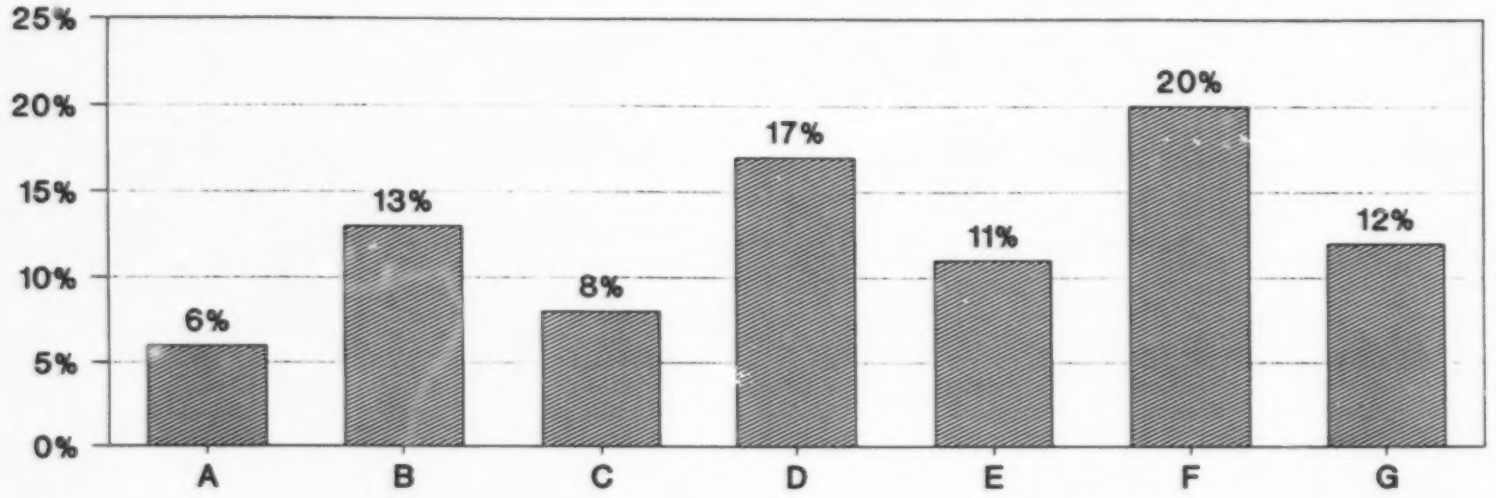
2.4 CANNOT COPE

According to all groups consulted by NACA, a certain percentage of seniors are unable to cope with one or more of the barriers they face. The frequency with which individual seniors who responded to NACA's questionnaire indicated that they could not cope is shown in **CHART 4**. The fact that these responses were not numerous suggests that most seniors consulted managed to find some way of coping with the difficulties they faced.

Relative to the two other groups consulted, seniors answering for themselves more often stated that they could not cope with difficulties related to emotional and mental well-being. Some seniors who felt that their emotional problems were beyond their ability to cope may not have been aware of mental health services available or may have been reticent to seek help from either their informal networks or formal services.

Individual seniors consulted by NACA also indicated more often than seniors answering for others or service-providers that they could not cope with problems related to community-based services, safety and security, housing, and communication and information. Since these problems are in fact, interrelated, some seniors reported they were trapped in a no-win situation; they could not manage their homes alone and felt there were safety hazards but could not obtain needed community-based support services, and there were no suitable housing alternatives available. These seniors, in particular, felt that their prospects for living independently were seriously constrained.

Chart 4: Reports from seniors consulted that they cannot cope with certain problems



Problem areas

A - Physical Health
B - Emotional / Mental Health
C - Transportation / Mobility
D - Community Based Services
E - Safety and Security
F - Housing
G - Communication / Information

Source: NACA 1988

3. POLICY IMPLICATIONS: HOW TO SUPPORT SENIORS IN WAYS THAT ARE CONGRUENT WITH THE WAY THEY COPE

3.1 GENERAL POLICY DIRECTIONS

NACA's consultation revealed that the great majority of seniors who either responded on their own behalf or who were the object of observation by seniors answering for others or by service-providers were managing to cope with the major obstacles to independent living. The kinds of strategies seniors use depend upon the problem area. The value placed by seniors on self-reliance was very evident, especially in dealing with physical and emotional health problems. For the five other major problem areas--transportation, community-based services, safety and security, housing and communication and information--seniors depend most often on formal services to cope. Indeed, for housing and safety problems, formal services appeared to be virtually the sole source of assistance. The informal network were mentioned as supports for difficulties related to transportation, community-based services and communication and information. The barriers with which the greatest proportion of responses suggested that seniors were unable to cope were those related to community-based support services and to housing.

NACA believes that public policy should take into account the ways in which seniors cope, as well as the problem areas with which they have the most difficulty coping. Very broadly, the self-reliant strategies of seniors should be respected and promoted in every way possible when developing programs and services for seniors. Society at large, including the various levels of government, the voluntary sector and citizens' groups, should assume greater responsibility in providing services needed to overcome the barriers with which seniors cannot cope on their own. NACA is convinced that providing the supports required to maintain independent living will actually prevent the unwanted and unnecessary dependency of seniors.

3.2 SUGGESTIONS FOR ACTION

3.2.1 PHYSICAL HEALTH

In light of seniors' clear preference for self-management of physical health, NACA suggests placing an emphasis on health promotion strategies and on ensuring easy access to supportive services.

More specifically, NACA suggests that:

- seniors be informed regarding the health behaviours, lifestyle changes, exercises or assistive devices which can be effective in self-management;
- self-management be reinforced by the creation of peer support or self-help groups for persons coping with similar problems;
- community wellness clinics be made accessible in all parts of the country and that this service be dispensed in a way that is most convenient for seniors, e.g., mobile or walk-in clinics;
- educational programs designed to teach seniors psychological techniques for coping with chronic pain and functional limitations be established in clinics and seniors' centres;
- health professionals take the time to ensure that seniors are fully informed about their conditions, treatment options and the medications they may be using;
- seniors be given practical advice about how to improve communication with health professionals in order to receive complete information in a form they can readily comprehend and remember;
- access to affordable prosthetics and assistive devices be ensured and that follow-up services to users be provided to ensure proper usage;
- a continuum of health-related services be provided in rural and urban areas; that these services be centrally co-ordinated, with a single entry point or, at least, with one-stop access.

3.2.2 EMOTIONAL/MENTAL WELL-BEING

In general, NACA suggests that the values of privacy and emotional self-reliance which the literature and this consultation indicated may be strongly held by seniors be taken into consideration in devising prevention and intervention strategies in mental health.

In particular, NACA suggests that:

- public education and media efforts be increased and directed to seniors and their families to provide accurate information regarding mental and emotional health problems in later life (related to, for example, incidence, detection, prevention, treatment strategies) to dispel myths and remove the stigmas associated with psychological problems;

- senior caregivers of frail or terminally-ill family members be provided with information and support to cope with impending loss and to be able to comfort the ill or dying person;

- support and self-help groups be developed to help seniors adapt to bereavement and loss;

- health professionals be sensitized to the dependency of some seniors on psychotropic medication for psycho-social conditions and that professionals be aware of alternative treatment strategies;

- psychotherapy intervention programs which preserve a sense of responsibility for one's own behaviour and enhance self-reliance and which focus on the acquisition of effective coping skills and attitudes be developed and that these be made more appealing to potential participants by the use of non-threatening names (e.g., "Effective Living," "Stress Management," or "Well-Being Seminars").

3.2.3 TRANSPORTATION AND MOBILITY

Since seniors without independent transportation mainly rely on informal support, public transportation and formal, community-based initiatives, NACA suggests that all of the measures proposed in its Report no. 1 on the barriers to independent living are appropriate complements to seniors' own efforts and are consistent with the service needs expressed by seniors.

To summarize, NACA suggests that:

- public transportation be made more widely available in under-serviced areas and that existing transit systems in urban areas be made more accessible to seniors (for instance, by improving routes, schedules, carrier design, vehicle operation, and shelters);

- information about innovative transportation services be widely disseminated so they can be implemented in several communities;

- special care be taken to completely and rapidly remove snow and ice on sidewalks and roads, particularly in areas with a high concentration of seniors.

3.2.4 COMMUNITY-BASED SUPPORT SERVICES

The results of NACA's consultation indicate that an adequate network and continuum of community-based services are indispensable to maintain the independence of seniors in the community. In light of these findings, NACA suggests that all of the suggestions made in its Report no. 1 are entirely applicable.

In general, NACA suggests that:

- an appropriate variety and quantity of community-based support services be available in every part of the country and that these services be co-ordinated, preferably with a single point of entry;

- the individual senior, a concerned member of the informal network or any member of the health team be allowed to request home-support services.

3.2.5 SAFETY AND SECURITY

In general, NACA considers that the suggestions offered in its Report no. 1 are consistent with the strategies which are already applied by seniors in all parts of Canada; the recommendations made in this second report are intended to underscore these initiatives.

More specifically, NACA suggests that:

- information about "high-tech" personal electronic monitoring systems and "low-tech" surveillance systems (such as telephone reassurance, neighbourhood watch, postal alert, and buddy systems) be widely disseminated, not only to seniors and their associations, but also to community groups and urban planners;

- centralized emergency numbers be implemented in more communities and that service delivery in response to a crisis be effectively co-ordinated and integrated;

- police and fire departments inform seniors of concrete measures to protect themselves from hazards, fire and crime;

- police and fire departments maintain a registry of persons at risk in case of emergency, in particular, frail or handicapped seniors;

- seniors actively participate in local community efforts to ensure a safe environment, not only to provide the valuable perspective of a vulnerable segment of the population, but also to enhance seniors' sense of power over their immediate environment.

3.2.6 HOUSING

The intent of NACA's suggestions is to reinforce the strategies and resources currently used by seniors in coping with housing problems and to widen the choice of options. Making these options viable requires the collaboration of seniors with all levels of government, builders, realtors and financial institutions.

The principal suggestions offered by NACA are that:

- a variety of options (e.g., financial arrangements, renovation grants, counselling in design modifications) be developed and evaluated and the advantages and drawbacks of each be communicated to seniors;

- adapted, affordable housing options which allow for independence while offering support (e.g., co-operative housing, congregate apartments and low-cost housing, home-sharing, granny-flats, retirement villages and multi-level care facilities) be developed, evaluated and actively promoted if found effective;

- seniors' groups be consulted in the planning and marketing of new residential models so that seniors' housing not only meets the requirements of the target clientele, but also is an attractive alternative;

- housing be regarded as a priority concern in social planning by all levels of government.

3.2.7 COMMUNICATION AND INFORMATION

NACA recommends that high priority be given to the dissemination of information about services available to seniors and that this information be targeted to seniors directly, to their informal network and to community representatives.

In brief, NACA suggests that:

- mass-media information campaigns be organized;
- toll-free telephone numbers be established in communities across the country to answer seniors' questions about services available and that these numbers be prominently featured in the telephone directory;
- special attention be paid to informing ethnic seniors, in their own language about their rights and about the services available to them; these efforts should be conducted as much as possible within the various ethnic communities, using, for example, their print and non-print communications networks.

REFERENCES

Bandura, A. "Self-efficacy Mechanisms in Human Agency." American Psychologist. 37, 2 (1982): 122-147.

Brown, B. B. "Social and Psychological Correlates of Help-seeking Behavior among Urban Adults." American Journal of Community Psychology. 6, 5 (1978): 425-439.

Cantor, M. H. "Social Care: Family and Community Support Systems." Annals of the American Academy of Political and Social Science. 503, May (1989): 99-112.

Cappeliez, P. "Daily Worries and Coping Strategies: Implications for Therapists." Clinical Gerontologist. 8, 3 (1989): 70-71.

Chappell, N. L. "Informal Support Networks among the Elderly." Research on Aging. 5, 1 (1983): 77-99.

Corin, E. "The Relationship between Formal and Informal Social Support Networks in Rural and Urban Contexts." In Aging in Canada: Social Perspectives (2nd edition). Edited by V. W. Marshall. Toronto: Fitzhenry & Whiteside, 1987: 367-394.

Essex, M. J. and Ryff, C. D. "Getting Better while Getting Worse: Self-protective Mechanisms in Enhancing Well-being over Time." Paper presented to the 42nd Annual Meeting of the Gerontological Society of America, Minneapolis, 1989.

Felton, B. J. and Revenson, T. A. "Age Differences in Coping with Chronic Illness." Psychology and Aging. 2, 2 (1987): 164-170.

Folkman, S. and Lazarus, R. S. "An Analysis of Coping in a Middle-aged Community Sample." Journal of Health and Social Behavior. 21, September (1980): 219-239.

Gourash, N. "Help-seeking: A Review of the Literature." American Journal of Community Psychology. 6, 6 (1978): 413-420.

Kaus, C. R. and Hooker, K. "Coping with Health Concerns as a Function of Perceived Impact on Daily Concerns." Paper presented to the 42nd Annual Meeting of the Gerontological Society of America, Minneapolis, 1989.

Koenig, H. G., George, L. K. and Siegler, I. "The Use of Religion and other Emotion-regulating Coping Strategies among Older Adults." The Gerontologist. 28, 3 (1988): 303-310.

Lazarus, R. S. and DeLongis, A. "Psychological Stress and Coping in Aging." American Psychologist. 38, 3 (1983): 245-254.

McCrae, R. R. "Age Differences in the Use of Coping Mechanisms." Journal of Gerontology. 37, 4 (1982): 454-460.

National Advisory Council on Aging. "NACA's Position on Informal Caregiving." In preparation.

National Advisory Council on Aging. Understanding Seniors' Independence Report no. 1: The barriers and suggestions for action. Ottawa: National Advisory Council on Aging, 1989.

Phifer, J. F. and Murrell, S. A. "Etiologic Factors in the Onset of Depressive Symptoms in Older Adults." Journal of Abnormal Psychology. 95, (1986): 282-291.

Shanas, E. and Sussman, M. B. Family, Bureaucracy and the Elderly. Durham: Duke University Press, 1977.

Stone, L. O. Family and Friendship Ties among Canada's Seniors. Ottawa: Supply and Services Canada, Catalogue 89-508, 1988.

Thompson, V. J. "The Elderly and their Informal Social Networks." Canadian Journal on Aging. 8, 4 (1989): 319-332.

Wagner, D. and Keast, F. "Informal Groups and the Elderly." Research on Aging. 3, 3 (1981): 325-331.

Westbrook, M. T. and Viney, L. L. "Age and Sex Differences in Patients' Reactions to Illness. Journal of Health and Social Behavior. 24, 4 (1983): 313-324.

APPENDIX: METHODOLOGICAL AND TECHNICAL CONSIDERATIONS

The descriptions of coping strategies and resources used by seniors which are presented in this report are based upon the answers given by the participants to the question: How have you, or seniors that you have observed, managed to overcome or cope with this problem? The coping responses reported for each of the seven major barriers identified in NACA's first report were analyzed and the results were compared with the research literature on the coping strategies and resources used by seniors.

In compiling the information for this report, 800 questionnaires were selected from the 3,600 responses received by NACA. The coping strategies described by the participants were coded and classified into one of the four following categories: self-reliance, informal network, formal services and cannot cope.

Although efforts were made to ensure adequate participation from all parts of the country, NACA did not sample Canada's senior population according to the commonly accepted scientific methods. Thus, the seniors who participated in NACA's consultation cannot be considered to be representative of all seniors in Canada; in comparison to Canada's population of seniors, those who responded to NACA's questionnaire were younger, wealthier, better educated and more heavily composed of men. As in NACA's first report on the major barriers to independent living, this report presents the responses of those who chose to answer NACA's questionnaire.

Service-providers and seniors answering for others listed a proportionately greater frequency and variety of strategies for coping with the barriers to independent living than did individual seniors. This finding is not surprising, since those who work with seniors or who represent seniors' groups are more likely than individual seniors to be aware of available resources and to have witnessed the coping efforts of many people.

A second general observation can be made concerning the tendency of each group consulted to favour somewhat different types of coping strategies. Overall, individual seniors reported their own problem-solving actions or coping attitudes far more frequently than did seniors answering for others or service-providers. The latter two groups, however, tended to describe formal services as ways of coping with problems more often than did individual seniors. Understandably, seniors describing their own coping efforts could report self-reliant strategies which people outside their immediate circle could not observe; service-providers, on the other hand, would naturally tend to think first of services as ways of handling problems.

In several respects, however, the results reported here are consistent with the scientific literature on coping strategies and social support. One important anomaly is noteworthy: whereas the research on social supports indicates that seniors rely more heavily on the informal network than on formal services for assistance, in this study, the informal network was under-reported as a means of coping with problems. One possible reason for this difference may lie in the way the information was collected; in contrast to other research, NACA asked participants to describe how seniors (themselves or others) coped with difficulties rather than to whom they turned for help. Service-providers and seniors answering for others may have been less aware of the role of family and friends than of formal services in supporting seniors' independence; individual seniors who responded to the questionnaire may have not perceived the importance of the informal network as a coping resource within the myriad of other types of exchange with these persons, or they may have been reluctant to acknowledge how much they rely on the informal network to cope.

NACA makes no claim to have conducted a scientific survey and the results reported here warrant further investigation by researchers. Nevertheless, it is hoped that the descriptions of coping strategies and resources given to NACA during its consultation with seniors and service-providers will provide a useful complement of information on the ways in which seniors strive to maintain an independent lifestyle.

Pour mieux comprendre l'autonomie des aînés

Rapport nº 2 : Leurs stratégies de prise en charge

CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE

Canada

POUR MIEUX COMPRENDRE L'AUTONOMIE DES AINES

RAPPORT N^{O} 2:

LEURS STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE

Conseil consultatif national sur le troisième âge
Mai 1990

Pour obtenir de l'information sur ce rapport, communiquez avec le

Conseil consultatif national
sur le troisième âge
Ottawa (Ontario)
K1A OK9
(613) 957-1968

This publication is also available in English under the title:

Understanding Seniors' Independence
Report No. 2: Coping Strategies

La présidente,

Blossom T. Wigdor, CM, Ph.D.

La directrice,

Susan Fletcher

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1990
N° de cat. H71-3/13-1990F
ISBN 0-662-96011-4

TABLE DES MATIERES

PREFACE..... 1

SOMMAIRE DES RESULTATS..... 3

1. INTRODUCTION..... 5

2. STRATEGIES D'ADAPTATION AUX PRINCIPAUX OBSTACLES A L'AUTONOMIE..... 8

2.1 L'AUTODETERMINATION..... 8

2.2 LE RESEAU INFORMEL..... 11

2.3 LES SERVICES FORMELS..... 12

2.4 L'INCAPACITE D'ADAPTATION..... 17

3. INCIDENCE SUR LA POLITIQUE: AIDER LES AINES EN FONCTION DE LEURS STRATEGIES D'ADAPTATION..... 19

3.1 ORIENTATIONS GENERALES DE LA POLITIQUE..... 19

3.2 SOLUTIONS PROPOSEES..... 19

3.2.1 LA SANTE PHYSIQUE..... 19

3.2.2 LE BIEN-ETRE AFFECTIF ET MENTAL..... 20

3.2.3 LE TRANSPORT ET LA MOBILITE..... 21

3.2.4 LES SERVICES DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRES..... 22

3.2.5 LA SURETE ET LA SECURITE..... 22

3.2.6 LE LOGEMENT..... 23

3.2.7 LA COMMUNICATION ET L'INFORMATION..... 24

REFERENCES..... 25

ANNEXE..... 27

EN QUOI CONSISTE LE CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIEME AGE?

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a été créé par décret le 1er mai 1980, afin d'assister le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et de le conseiller sur les questions du vieillissement de la population canadienne et de la qualité de vie des personnes âgées. Le CCNTA étudie les besoins et les problèmes des aînés, recommande des mesures correctives, assure la liaison avec les autres groupes intéressés au vieillissement, favorise les discussions avec le grand public, publie et diffuse de l'information sur le vieillissement. Pour mener à bien ces activités, le CCNTA travaille en étroite collaboration avec le ministre d'Etat pour le Troisième Age.

Le Conseil est composé de 18 membres venant de toutes les parties du Canada. Les membres sont choisis en raison de leur intérêt et de leur expertise dans le domaine du vieillissement. Ils font bénéficier le Conseil de leur expérience, leurs préoccupations et leur compétence.

MEMBRES DU CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIEME AGE

Présidente

Blossom T. Wigdor*	Toronto, Ontario

Membres

Joel W. Aldred	Port Perry, Ontario
Frank Appleby	Athabasca, Alberta
Maurice Bérubé	Rimouski, Québec
Lila Briggs*	Sydney Mines, Nouvelle-Ecosse
Kappu Desai*	Don Mills, Ontario
Tina Donald	Summerside, Ile-du-Prince-Edouard
Louise Francoeur	Saint-Bruno, Québec
Barbara Gregan	Frédéricton, Nouveau-Brunswick
Mary Hill	Vancouver, Colombie-Britannique
Marguerite Hogue-Charlebois	Montréal, Québec
Noëlla Porter	Sainte-Foy, Québec
Edward Slater	Manotick, Ontario
William Smoler	Whitehorse, Yukon
Jake Suderman*	Winnipeg, Manitoba
Yvon-R. Tassé	Sillery, Québec

---

* Ces membres ont siégé au Comité des Projets spéciaux qui a dirigé cette recherche.

PREFACE

Le présent rapport viendra marquer le 10e anniversaire du Conseil consultatif national sur le troisième âge. Il fait suite à Pour mieux comprendre l'autonomie des aînés, 1er rapport: Les obstacles et les avenues de solutions. Le premier rapport décrivait les obstacles qui gênent les aînés dans la poursuite d'une vie autonome, à partir des réponses d'aînés individuels, d'aînés qui répondaient au nom de leur association ou d'autres aînés et de fournisseurs de services. Ce deuxième rapport porte sur les stratégies qu'utilisent les aînés pour surmonter les obstacles à l'autonomie. On y trouve une description des types de stratégies qu'emploient les aînés pour faire face aux sept principaux obstacles signalés, suivie de plusieurs avenues de solutions qui tiennent compte des stratégies d'adaptation communiquées par les personnes consultées. De façon générale, le CCNTA croit que les politiques et les programmes orientés vers les aînés devraient respecter et compléter les stratégies qu'emploient déjà les aînés pour conserver leur autonomie dans la collectivité.

Comme dans le premier rapport, les descriptions des stratégies d'adaptation et les recommandations d'action s'adressent à plusieurs auditoires particuliers, dont les aînés eux-mêmes, leurs parents et amis, les associations d'aînés, les fournisseurs de services, les personnes influentes dans la communauté, les représentants de ministères et d'organismes provinciaux ou fédéraux, les étudiants en gérontologie et enfin, tous ceux qui s'intéressent aux questions du troisième âge.

Le CCNTA est reconnaissant aux personnes qui ont répondu au questionnaire et donné une description complète, réfléchie et souvent très personnelle des façons dont elles-mêmes ou des aînés qu'elles connaissaient réagissaient aux difficultés rencontrées.

Je suis redevable à Madame Charlotte Matthews, presidente sortante, et aux membres du Conseil qui ont siégé au Comité des projets spéciaux, sous la direction duquel la recherche a été faite. Ces personnes ont consacré énormément de temps et de réflexion à la préparation du rapport.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à la directrice du CCNTA, Susan Fletcher, qui a supervisé attentivement ce projet, à Judith Stryckman, conceptrice de la consultation originale, au personnel administratif du CCNTA, qui s'est chargé avec compétence de la mise en forme, de la production et de la distribution du présent rapport, et à Leroy Stone, de la division de la démographie de Statistique Canada, qui a fourni de précieux commentaires au sujet des premières ébauches du document.

Enfin, j'aimerais souligner tout particulièrement la contribution de Louise Plouffe, à qui nous devons l'analyse et l'interprétation des questionnaires, la formulation des recommandations de solutions, ainsi que la rédaction du rapport.

La présidente,

Blossom T. Wigdor, CM, Ph.D.
Conseil consultatif national
sur le troisième âge

Le 1er mai 1990

SOMMAIRE DES RESULTATS

La majorité des aînés du Canada vivent autonomes au sein de la communauté. Ils sont capables d'accomplir les tâches du quotidien avec l'aide de leur entourage et de choisir leurs activités. Or, comme le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) l'a constaté au cours d'une consultation nationale, les aînés se heurtent à plusieurs obstacles importants ou situations qui rendent l'autonomie difficile.

Le présent rapport décrit les stratégies et les ressources qu'emploient les aînés pour faire face aux obstacles qu'ils rencontrent dans leur recherche d'autonomie au sein de la communauté. Les résultats communiqués dans ce document proviennent des réponses de 800 participants à une enquête que le CCNTA a menée en 1988 afin de connaître les difficultés rencontrées par les aînés qui veulent vivre autonomes. L'échantillon qui a pris part à la consultation se composait de 503 aînés répondant pour eux-mêmes, de 70 aînés répondant pour leurs associations ou des aînés qu'ils avaient observés, et de 227 fournisseurs de services, des milieux professionnel et non professionnel, qui travaillent avec les aînés.

Chaque stratégie d'adaptation définie par les participants a été classée dans l'une des quatre catégories suivantes: autodétermination, recours au réseau informel, recours à des services formels et incapacité d'adaptation. **Autodétermination** désignait les moyens que prenait l'individu sans l'aide explicite d'autrui. **Recours au réseau informel** englobait les services et les appuis donnés par des parents, des amis ou des voisins qui aidaient les aînés à s'adapter. **Recours à des services formels** signifiait l'utilisation que les aînés faisaient de services en établissement ou dans la communauté, dispensés à titre professionnel ou bénévole, pour surmonter des obstacles. La catégorie **incapacité d'adaptation** regroupait les réponses qui indiquaient expressément que les aînés n'avaient pas trouvé de solution au problème.

Les problèmes liés à la santé physique et au bien-être affectif ou mental étaient ceux que les aînés choisissaient le plus souvent de régler par eux-mêmes; sur le plan physique, les stratégies visaient à résoudre ou à alléger le problème, tandis que sur les plans affectif et mental, elles avaient pour but, dans bien des cas, de l'atténuer. Sur ces deux plans, qui présentent d'importants obstacles à l'autonomie, il était clair que les aînés préféraient dire qu'ils attaquaient le problème par leurs propres moyens.

Quant aux cinq autres sujets de préoccupation (le transport, les services communautaires, la sécurité, le logement et la communication et l'information), les participants ont répondu le plus souvent que les aînés comptaient sur les services formels pour surmonter les obstacles. Le réseau informel de parents, d'amis et de voisins a également été souvent signalé comme appui pour résoudre les difficultés liées au transport, aux services communautaires ainsi qu'à la communication et à l'information. Or, sur les chapitres du logement et de la sécurité, les services formels étaient considérés comme presque la seule source d'aide.

De façon générale, les fournisseurs de services et les aînés qui répondaient pour d'autres aînés ont décrit un plus grand nombre et un plus grand éventail de stratégies et de ressources que peuvent employer les aînés pour surmonter les différents obstacles à l'autonomie. Autre constatation, qui n'a d'ailleurs rien d'étonnant, les aînés qui répondaient pour eux-mêmes ont signalé proportionnellement plus souvent que les fournisseurs de services, lesquels s'intéressaient principalement aux services, la prise indépendante de mesures pour résoudre des difficultés ou rendre celles-ci moins pénibles.

A plusieurs égards, les stratégies et les ressources d'adaptation signalées au CCNTA cadrent avec les conclusions tirées d'études de recherche. Cependant, il est probable que l'utilisation véritable que font les aînés des réseaux informels et des services formels pour empêcher les obstacles à l'autonomie de surgir a été sous-estimée dans cette consultation, étant donné que les stratégies signalées par les répondants étaient celles expressément mentionnées pour faire face à un obstacle réel ou possible. Malgré cela, les constatations du CCNTA aideront peut-être à orienter la mise sur pied de services qui, en plus d'être compatibles avec les moyens déjà employés par les aînés pour surmonter leurs difficultés, appuieront les efforts que déploient les aînés pour vivre autonomes dans la collectivité.

De l'avis du CCNTA, la politique publique devrait tenir compte des façons dont les aînés font face aux obstacles, ainsi que des types de problèmes que les aînés ont le plus de difficulté à régler. Dans une perspective très générale, il faudrait, au moment de la mise sur pied de programmes et de services pour les aînés, respecter et promouvoir par tous les moyens possibles les stratégies d'autodétermination employées par les aînés. L'ensemble de la société, y compris les différents paliers de gouvernement, le secteur bénévole et les groupements de citoyens, devrait s'occuper davantage de fournir aux aînés les services dont ils ont besoin pour surmonter les obstacles auxquels ils ne peuvent venir à bout seuls. Le CCNTA est convaincu que la prestation des appuis nécessaires à l'autonomie empêchera véritablement que les aînés ne se trouvent inutilement dans une situation de dépendance non désirée.

Le CCNTA ne prétend pas avoir mené une enquête scientifique auprès d'un échantillon représentatif de Canadiens âgés. Les résultats décrits dans ce rapport devraient être étudiés de plus près par les chercheurs. Néanmoins, le CCNTA croit que le présent document renferme des renseignements utiles sur les moyens que prennent les aînés pour mener une vie autonome dans la communauté.

1. INTRODUCTION

La majorité des aînés du Canada vivent autonomes au sein de la communauté. Or, comme le CCNTA l'a constaté au cours d'une consultation nationale, les aînés se heurtent à plusieurs obstacles importants ou situations qui rendent l'autonomie difficile. Dans ce contexte, on entend par "autonomie" la perception subjective de pouvoir conduire les activités de la vie dans un milieu normal de la communauté et d'avoir accès à une gamme de choix quant à ces activités. Un "obstacle" à la vie autonome est une condition ou une situation qui rend difficile la vie autonome ou qui est perçue comme une menace à l'autonomie ou au choix disponible. Les principaux obstacles relevés par le CCNTA avaient trait à la santé physique, au bien-être affectif et mental, au transport et à la mobilité, aux services de soutien dans la communauté, à la sûreté et à la sécurité, au logement ainsi qu'à la communication et à l'information. Ces obstacles sont décrits en détail dans le rapport intitulé Pour mieux comprendre l'autonomie des aînés, 1er rapport: Les obstacles et les avenues de solutions.

Le CCNTA voulait également savoir comment les aînés surmontent les difficultés qu'ils rencontrent. Dans le questionnaire distribué à des aînés, à des associations d'aînés et à des fournisseurs de services, le CCNTA demandait à ceux qui signalaient un problème dans un domaine en particulier de décrire comment eux-mêmes ou les aînés qu'ils avaient observés avaient réussi à résoudre la difficulté ou à s'y adapter. Le CCNTA a formulé la question de façon ouverte afin d'obtenir des réponses les plus variées possible. Le présent rapport expose les réponses des 800 participants (503 aînés répondant pour eux-mêmes, 70 aînés répondant pour leurs associations ou des aînés qu'ils connaissaient, et 227 fournisseurs de services des milieux professionnel et non professionnel), de même que les retombées éventuelles de ces résultats sur la politique.

STRATEGIES D'ADAPTATION

Les **stratégies d'adaptation** supposent l'utilisation de la vaste gamme des mesures et ressources individuelles auxquelles les aînés recourent en cas de difficulté. Faire face signifie faire quelque chose qui aide la personne à surmonter une situation stressante, à rendre celle-ci moins pénible ou à s'y adapter. Les différentes mesures et ressources décrites par les participants à la consultation ont été classées dans quatre catégories de moyens d'action. Ces catégories coïncident avec la classification des stratégies ou ressources utilisée par les chercheurs dans le domaine du vieillissement (p. ex., Corin, 1987; Cantor, 1989). De plus amples renseignements au sujet des participants et de la méthode de collecte des données sont fournis dans l'Annexe.

La première catégorie de réponses a été nommée **autodétermination.** On y trouve des descriptions de mesures ou de comportements que les aînés adoptent de leur propre chef, sans l'aide manifeste d'autrui, pour surmonter le problème signalé. Conformément à la distinction faite par Folkman et Lazarus (1980), ces "mesures" consistaient à modifier les attitudes de manière à rendre un problème moins pénible, ou encore à faire quelque chose pour le vaincre. Voici quelques réponses typiques, données par les aînés qui parlaient pour eux-mêmes, qui dénotaient de l'action à caractère affectif: "J'essaye de ne pas y prêter attention"; "Je m'occupe et j'ai des pensées positives"; "J'apprends à accepter cela comme faisant partie de ma vie"; "Je pense plutôt aux bonnes choses", et "Je me tourne vers Dieu." Des réponses comme les suivantes caractérisaient les actions d'ordre pratique: "Je prends des comprimés de calcium"; "Je suis mon programme d'exercice physique"; "Je surveille mon budget"; "Je lis un livre sur la maladie d'Alzheimer." Les fournisseurs de services et les aînés qui répondaient pour d'autres ont décrit beaucoup moins de comportements d'autodétermination que les aînés qui répondaient pour eux-mêmes, quoique leurs descriptions de comportements d'autodétermination ressemblaient à celles des aînés qui parlaient en leur propre nom (p. ex., "Prendre des médicaments", "Prendre des notes", "Développer d'autres sens" ou "Apprendre à vivre avec la douleur").

Le recours au **réseau informel** constituait la deuxième catégorie de réponses, où les participants disaient qu'eux-mêmes ou des aînés qu'ils connaissaient ou avec lesquels ils travaillaient, comptaient sur l'aide, les renseignements ou les conseils de parents, d'amis ou de voisins pour faire face à un problème particulier.

La troisième catégorie comprenait toutes les réponses où il était question de **services formels**, c'est-à-dire de services dispensés en établissement ou dans la communauté, tels que les services professionnels, les soins à domicile, le transport, les résidences, les services de bénévoles, de groupes d'entraide ou de groupes religieux, la promotion des intérêts des aînés, les services médiatiques, l'éducation, les programmes de sécurité et les dispositifs de sûreté. Les services informels sont fondés sur des rapports personnels entre l'aîné et l'aide, tandis que dans le contexte des services formels, l'aîné fait partie d'un groupe d'utilisateurs; c'est essentiellement sur ce point que les deux types de services diffèrent (CCNTA, en cours de préparation).

La quatrième et dernière catégorie, **incapacité d'adaptation**, regroupait les réponses qui indiquaient clairement que l'aîné n'avait pas trouvé de moyen satisfaisant de faire face au problème. Voici quelques exemples de réponses de cette catégorie données par les aînés qui parlaient pour eux-mêmes: "Que pouvons-nous faire?"; "Nous n'avons pas réussi à y faire face" ou "Ça m'est très pénible." Les

fournisseurs de services et les aînés qui répondaient pour d'autres disaient, par exemple: "Les aînés ne peuvent s'adapter à la situation" ou "Ils n'ont pas de bons mécanismes d'adaptation."

Nous avons analysé les réponses données afin de comprendre les genres de stratégies qu'emploient les aînés pour faire face aux différents obstacles à leur autonomie. Il nous faut connaître ces stratégies pour pouvoir élaborer des politiques sanitaires et sociales qui respectent les préférences des aînés sur le plan de l'adaptation, qui soient compatibles avec leurs gestes et attitudes et, au bout du compte, qui répondent le mieux à leurs besoins.

2. STRATEGIES D'ADAPTATION AUX PRINCIPAUX OBSTACLES A L'AUTONOMIE

2.1 L'AUTODETERMINATION

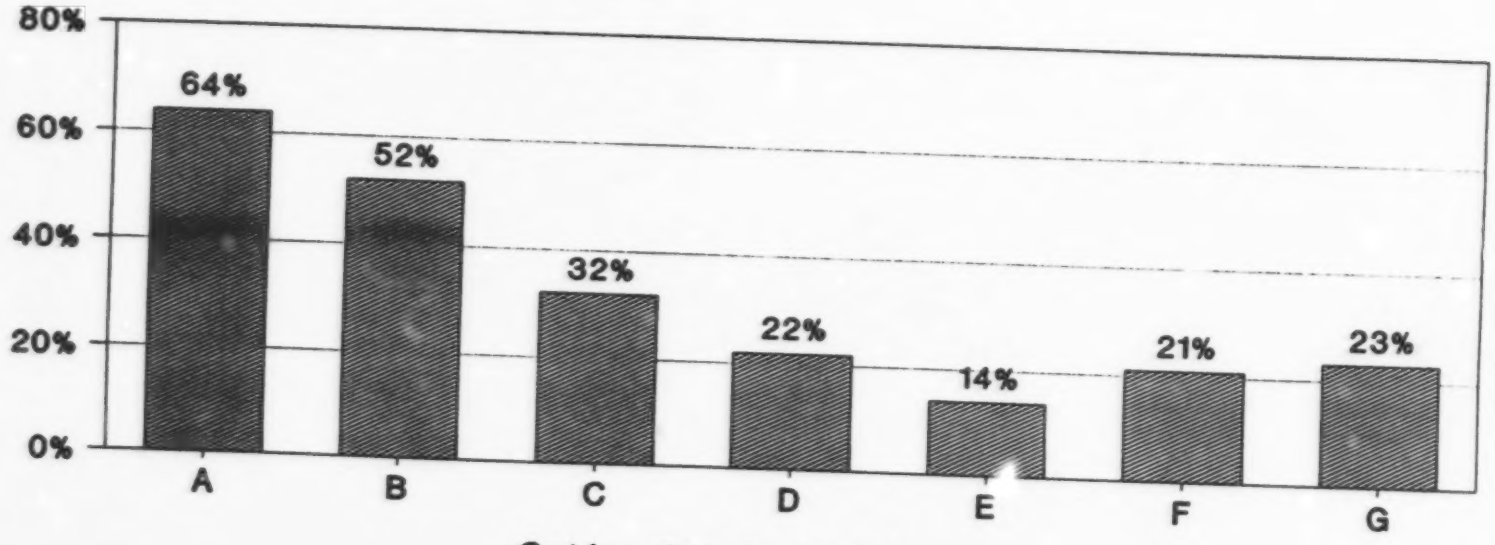
Les aînés sont le plus préoccupés par leur santé physique. Cette observation a été faite au cours d'études de recherche scientifique (p. ex., Cappeliez, 1989; Koenig et coll., 1988). Les problèmes de santé physique ont été également reconnus dans le rapport précédent du CCNTA comme le principal obstacle à l'autonomie des aînés. Il n'est donc pas étonnant que les participants aient décrit comment les aînés luttent contre ce genre de problèmes plus que n'importe quel autre obstacle à l'autonomie.

Lors d'une récente étude des moyens qu'emploient les aînés pour faire face aux problèmes de santé, Kaus et Hooker (1989) ont signalé que les aînés qui étaient vivement préoccupés par leur santé adoptaient un comportement de solution du problème, essayaient de changer ou encore de modifier leur situation et prenaient parfois leurs désirs pour des réalités. En outre, le CCNTA a constaté que les personnes interrogées mentionnaient les stratégies d'autodétermination comme moyen de faire face aux problèmes de santé physique plus souvent que pour tout autre type de problèmes. La fréquence des stratégies d'autodétermination décrites par les aînés qui ont répondu pour eux-mêmes au questionnaire du CCNTA est indiquée à la **FIGURE 1.**

Les participants ont répondu le plus souvent que les aînés luttaient contre ces difficultés au moyen de médicaments, d'appareils de prothèse (lunettes, prothèses auditives) et d'accessoires (p. ex., couvertures chauffantes, cannes), en faisant de l'exercice physique ou en suivant des conseils diététiques. Bien que les mesures destinées à atténuer les symptômes ou à enrayer la douleur aient été les plus souvent signalées au CCNTA, environ 10 p. 100 des aînés interrogés qui répondaient pour eux-mêmes ont mentionné des stratégies à caractère affectif, par exemple, essayer d'adopter une attitude philosophique face à leurs problèmes ou rester actifs et ne pas s'arrêter aux limitations.

Des études ont montré comment les stratégies d'adaptation à caractère affectif peuvent aider les aînés à faire face aux troubles physiques. Les aînés s'attendent au stress de la maladie ou de l'invalidité au fur et à mesure qu'ils avancent en âge (Lazarus et DeLongis, 1983) et ils en ressentent peut-être moins d'anxiété (Westbrook et Viney, 1983) et moins de colère (McCrae, 1982). Frappés d'une maladie chronique, les aînés y réagiront peut-être affectivement en minimisant la gravité de leur état ou en considérant que leur maladie

Figure 1: Aînés déclarant l'auto-détermination comme stratégie d'adaptation, selon les problèmes



Catégories de problèmes

A - Santé physique

B - Bien-être mental et affectif

C - Transport et mobilité

D - Services de soutien communautaires

E - Sécurité et sûreté

F - Logement

G - Communication et information

Source: CCNTA 1988

a du bon (Felton et Revenson, 1987). Essex et Ryff (1989) ont constaté que certains aînés étaient capables de conserver un sentiment de bien-être et d'estime de soi, malgré une détérioration de leur santé physique, en comparant leur sort à celui d'autres personnes plus défavorisées ou en réexaminant l'importance des capacités physiques par rapport à l'image de soi et au bien-être en général.

Des recherches sur la santé mentale ont montré que les personnes âgées hésitent plus que les jeunes à obtenir de l'aide pour résoudre leurs problèmes psychologiques (p. ex., Brown, 1978; Gourash, 1978; Koenig et coll., 1988). Cette hésitation s'explique peut-être par le fait que les adultes actuellement âgés de plus de 65 ans n'ont pas été habitués socialement à considérer les confidences faites à des intimes ou le recours à des professionnels de la santé mentale comme des moyens d'action légitimes (Felton et Revenson, 1987). Les résultats de la consultation du CCNTA coïncident avec cette observation: les aînés interrogés préféraient nettement se charger eux-mêmes de leurs troubles affectifs ou mentaux.

La majorité des aînés répondant pour eux-mêmes qui ont révélé comment ils se comportaient devant leurs problèmes comptaient sur eux-mêmes pour vaincre des difficultés d'ordre affectif et mental, dont la solitude, l'angoisse, la dépression et la démence. Les fournisseurs de services et les aînés qui répondaient pour d'autres ont signalé beaucoup moins de stratégies d'autodétermination comme moyen de surmonter les problèmes de santé mentale; cet écart pourrait s'expliquer par le fait que les gens ont un accès limité à la vie privée d'autrui, et aussi par le fait que ces groupes de participants étaient plus susceptibles de rencontrer des personnes qui n'étaient pas venues à bout de leurs difficultés par leurs propres moyens.

Les stratégies précises mentionnées le plus souvent par tous les groupes de participants étaient de nature affective plutôt qu'axées sur le problème comme tel. Par exemple, beaucoup de personnes ont répondu que les aînés se tiennent occupés afin de se sentir moins seuls ou de s'empêcher de penser constamment à des choses qui les déprime ou les angoissent. Certains aînés ont dit qu'ils essayaient d'être courageux ou d'accepter leur situation (de veuve, par exemple) comme une conséquence inévitable du vieillissement. Quelques stratégies de solution du problème, comme prendre des médicaments ou s'efforcer de sortir pour rencontrer plus de gens, ont été signalées.

L'autodétermination était mentionnée beaucoup moins souvent comme moyen de faire face aux obstacles à l'autonomie autres que ceux liés à la santé physique et au bien-être affectif et mental. Ceux qui ont répondu que les aînés résolvaient eux-mêmes leurs difficultés de transport ou de mobilité ont habituellement fait remarquer que les aînés modifiaient leurs activités et leur routine en fonction des limites que leur imposaient l'absence de services de transport pratiques ou l'état dangereux des routes et des trottoirs.

Pareillement, dans la plupart des cas, les aînés qui luttent seuls contre les difficultés aux chapitres du logement ou des services de soutien dans la communauté font le plus qu'ils peuvent de travaux ménagers, d'entretien de la maison ou du terrain, etc., et laissent tomber le reste.

Quant aux questions de sûreté et de sécurité, très peu de participants à la consultation du CCNTA ont dit que les aînés réussissaient à se débrouiller seuls, sans l'aide directe du réseau informel ou des services formels.

2.2 LE RESEAU INFORMEL

La recherche sur les appuis sociaux a démontré que les aînés comptent énormément sur des parents, des amis ou des voisins pour divers services (p. ex., Cantor, 1989; Chappell, 1983; Stone, 1988; Thompson, 1989; Wagner et Keast, 1981). En fait, la présence d'un réseau informel de soutien favorise le recours à d'autres mécanismes d'adaptation: l'appui social et affectif de l'entourage peut entretenir des sentiments de valeur personnelle et de capacité d'adaptation (Bandura, 1982); parents et amis peuvent également servir de canal aux services formels (Shanas et Sussman, 1977).

Le fait d'avoir un réseau informel solide peut empêcher des problèmes de surgir. Par exemple, le réseau d'appui social d'une femme âgée peut la protéger contre la dépression (Phifer et Murrell, 1986); une femme n'aura peut-être pas de problèmes de transport tant que son mari se porte bien, ou l'incapacité d'un veuf d'accomplir des tâches domestiques ne lui causera peut-être pas d'ennuis si sa fille fait la cuisine et le ménage pour lui. En effet, quelques participants à la consultation du CCNTA ont répondu explicitement que la présence d'une autre personne (habituellement le conjoint) empêchait certains problèmes de survenir.

En demandant comment les aînés faisaient face à des problèmes réels ou possibles sans mentionner des sources de soutien de façon précise, la consultation menée par le CCNTA diffère de la recherche sur les appuis sociaux informels et sous-estime peut-être la quantité d'aide réellement donnée par le réseau informel pour les activités du quotidien. Chez les fournisseurs de services et les aînés qui répondaient pour d'autres, l'aide obtenue du réseau informel pour surmonter les obstacles était probablement moins visible que les services formels. Chez les aînés qui répondaient pour eux-mêmes, la tendance à sous-déclarer le recours au réseau informel pourrait s'expliquer de plusieurs façons. D'abord, le rôle que jouent les familles et les amis face aux obstacles ne se distingue peut-être pas nettement de leurs nombreux autres rôles sociaux et affectifs. D'autre part, il se peut que les aînés qui reçoivent suffisamment d'aide de leur réseau informel, qu'ils considèrent peut-être comme un prolongement d'eux-mêmes (Cantor, 1989), n'aient peut-être pas

répondu qu'ils avaient des difficultés d'autonomie. Autre explication plausible, les aînés qui comptent effectivement sur des amis et des parents pour surmonter des obstacles acceptent peut-être mal cette "dépendance", d'où une sous-déclaration possible de cette aide dans leurs réponses.

La **FIGURE 2** indique la fréquence des cas où les aînés consultés par le CCNTA ont dit compter sur la famille, des amis ou des voisins pour surmonter chaque obstacle. Le réseau informel a été signalé relativement plus souvent comme moyen de vaincre les difficultés liées au transport et aux services communautaires. Par exemple, les aînés demandaient à des parents, des amis ou des voisins de les conduire à des rendez-vous, de les emmener magasiner ou de leur livrer leur épicerie. Quant aux services d'aide à domicile rendus aux aînés par des membres de leur réseau informel, les participants à la consultation ont mentionné l'entretien du terrain, les réparations domiciliaires et certains gros travaux ménagers.

Les problèmes de sécurité et de logement sont ceux pour lesquels les aînés hésitaient le plus à s'adresser au réseau informel. Il est intéressant de noter que peu de personnes interrogées par le CCNTA considéraient les problèmes de logement ou de sécurité comme des problèmes qu'elles devaient régler elles-mêmes ou avec l'aide du réseau informel.

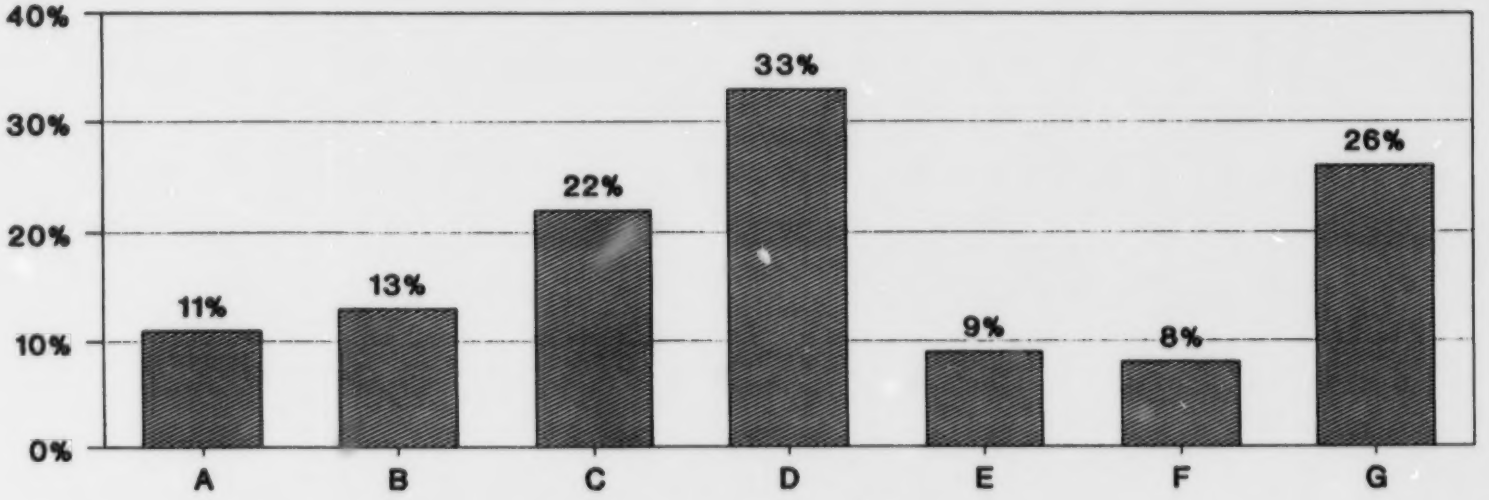
2.3 LES SERVICES FORMELS

De nombreux facteurs influent sur le recours à un service formel comme moyen de surmonter des difficultés particulières. Le service nécessaire doit exister et l'aîné doit savoir qu'il existe. De plus, il faut que le service soit accessible, fiable et peu coûteux (CCNTA, 1989).

Lors de la consultation menée par le CCNTA, les fournisseurs de services et les aînés qui répondaient pour leurs associations ou d'autres aînés qu'ils connaissaient ont signalé plus souvent les services formels comme moyen de régler un problème que les aînés qui répondaient pour eux-mêmes. Cette constatation n'a rien d'étonnant puisque les fournisseurs de services et les représentants de groupements d'aînés sont plus susceptibles de bien connaître les ressources dans la communauté et d'être moins au courant des stratégies d'autodétermination et des mécanismes de soutien informel compris dans le répertoire des moyens d'adaptation qu'ont les aînés.

La mesure dans laquelle les aînés consultés qui répondaient pour eux-mêmes ont déclaré recourir aux services formels pour surmonter des obstacles réels ou possibles à l'autonomie est indiquée dans la **FIGURE 3**. Fait important à signaler, l'utilisation véritable des services formels par les aînés est probablement supérieure à ce qui

Figure 2: Aînés déclarant l'utilisation du réseau informel comme stratégie d'adaptation, selon les problèmes

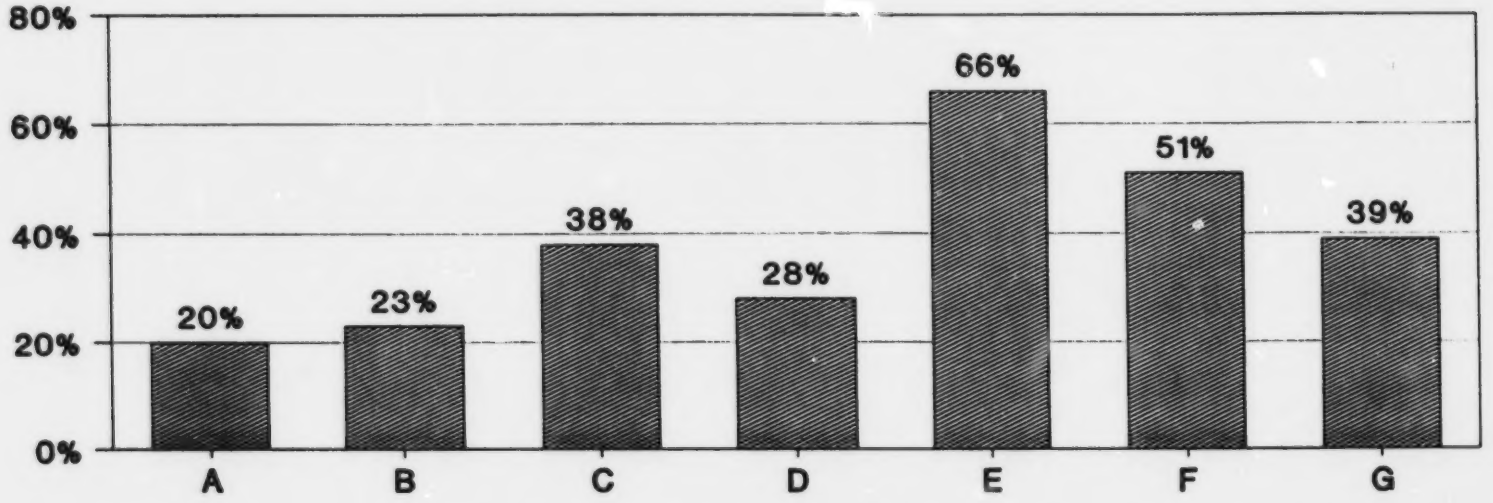


Catégories de problèmes

A - Santé physique
B - Bien-être mental et affectif
C - Transport et mobilité
D - Services de soutien communautaires
E - Sécurité et sûreté
F - Logement
G - Communication et information

Source: CCNTA 1988

Figure 3: Aînés déclarant l'utilisation du réseau formel comme stratégie d'adaptation, selon les problèmes



Catégories de problèmes

A - Santé physique

B - Bien-être mental et affectif

C - Transport et mobilité

D - Services de soutien communautaires

E - Sécurité et sûreté

F - Logement

G - Communication et information

Source: CCNTA 1988

est rapporté ici, puisque les aînés peuvent faire appel à ce genre de services tant pour s'éviter des problèmes que pour résoudre ceux qu'ils ont déjà. En outre, il est évident que de nombreux comportements d'autodétermination, comme prendre des médicaments ou se servir d'appareils, résultent de consultations de services professionnels.

Les services de médecins et d'autres professionnels de la santé et divers services d'aide à domicile (Infirmières de l'ordre de Victoria et popote roulante, par exemple) sont ceux que les participants ont mentionné le plus souvent comme moyens de lutter contre les problèmes de santé physique. Très peu de participants ont dit que ces services étaient insuffisants ou inadéquats. Le placement en foyer de soins était considéré comme une solution aux problèmes de santé physique par un petit nombre des fournisseurs de services et des aînés qui répondaient pour d'autres, et par aucun des aînés qui répondaient pour eux-mêmes.

Les aînés consultés qui répondaient pour eux-mêmes étaient beaucoup moins portés que les fournisseurs de services et les aînés qui répondaient pour d'autres à mentionner les services formels comme moyen de faire face aux problèmes d'ordre mental ou affectif. Outre les services formels de santé mentale, les participants à la consultation ont signalé comme ressources de promotion de la santé mentale, les rencontres sociales (sorties, visites amicales, réunions de groupes d'entraide) et les activités organisées pour les aînés dans des églises ou des centres communautaires. Le changement de domicile comme moyen d'éviter l'isolement social et la solitude qui en résulte a été proposé par un faible pourcentage de tous les groupes consultés par le CCNTA.

Quant aux problèmes de transport et de mobilité en général, les aînés ont dit recourir au transport en commun pour personnes handicapées, aux équipes de conducteurs bénévoles et aux services de livraison, en plus de faire appel aux membres du réseau informel pour se faire conduire à divers endroits.

D'après les descriptions des stratégies employées pour surmonter les difficultés relatives à certains services de soutien dans la communauté, il était évident que les choix étaient limités: si les services communautaires nécessaires étaient insuffisants ou inexistants, les gens devaient soit compter sur des parents ou des amis, soit se contenter des services formels disponibles. Les participants ont exprimé du mécontentement surtout à propos du manque de services fiables et peu coûteux d'entretien du domicile et du terrain. Certains aînés ont dit recourir aux organismes formels comme source d'orientation vers les services particuliers dont ils avaient besoin, ou comme moyen de remplacement. Les services d'orientation comprenaient un organisme central de coordination et les centres pour aînés; les services de remplacement englobaient, par

exemple, les habitations collectives. Plusieurs participants à la consultation du CCNTA, en particulier les fournisseurs de services, recommandaient la mise sur pied de services supplémentaires.

Tous les participants s'accordaient dans une très large mesure sur les stratégies à adopter pour faire face aux problèmes de sûreté et de sécurité; tous étaient d'avis que les services formels étaient la principale ressource pour assurer la sécurité des aînés. Les moyens le plus souvent mentionnés au chapitre de la sécurité étaient les verrous et autres dispositifs de sécurité (p. ex., barreaux dans les fenêtres, éclairage commandé par une minuterie, alarmes de maison) et l'éducation en matière de sécurité. Les participants ont aussi mentionné les numéros à composer en cas d'urgence ("911"), ainsi que les programmes communautaires de bénévolat tels que l'alerte postale, le contact téléphonique et la surveillance mutuelle.

Peu de personnes interrogées par le CCNTA considéraient la sûreté et la sécurité comme des problèmes à régler soi-même ou avec l'aide du réseau informel. Ce réseau prend sans doute part à certaines des activités bénévoles ou de quartier signalées; or, ce qui est étonnant, c'est que l'accent soit mis sur les stratégies collectives plutôt qu'individuelles.

Au plan du logement aussi, les participants aux consultations estimaient que les aînés n'étaient pas en mesure de résoudre les problèmes de cette catégorie seuls ou avec l'aide de leur réseau informel. Selon eux, les aînés règlent leurs problèmes de logement en déménageant dans des habitations moins coûteuses ou moins difficiles à entretenir ou situées plus près des services nécessaires, ou encore en demandant des subventions pour des réparations domiciliaires.

La plupart des fournisseurs de services, des aînés qui répondaient pour eux-mêmes et des aînés qui répondaient pour d'autres jugeaient que les problèmes liés au manque d'information et les difficultés de communication avec autrui étaient du ressort du réseau des services formels. Ils considéraient les centres pour aînés et les centres communautaires locaux comme d'excellents postes d'information et d'orientation. Les professionnels et les représentants locaux élus ont également été signalés comme sources d'information, surtout par les aînés qui répondaient pour eux-mêmes. Un certain nombre de projets d'éducation et d'initiatives médiatiques ont été mentionnés; des participants ont aussi réclamé des services d'orientation plus centralisés ainsi que des services personnalisés à l'intention des aînés (p. ex., aide pour remplir la déclaration d'impôt; services de traduction pour les aînés des groupes ethniques).

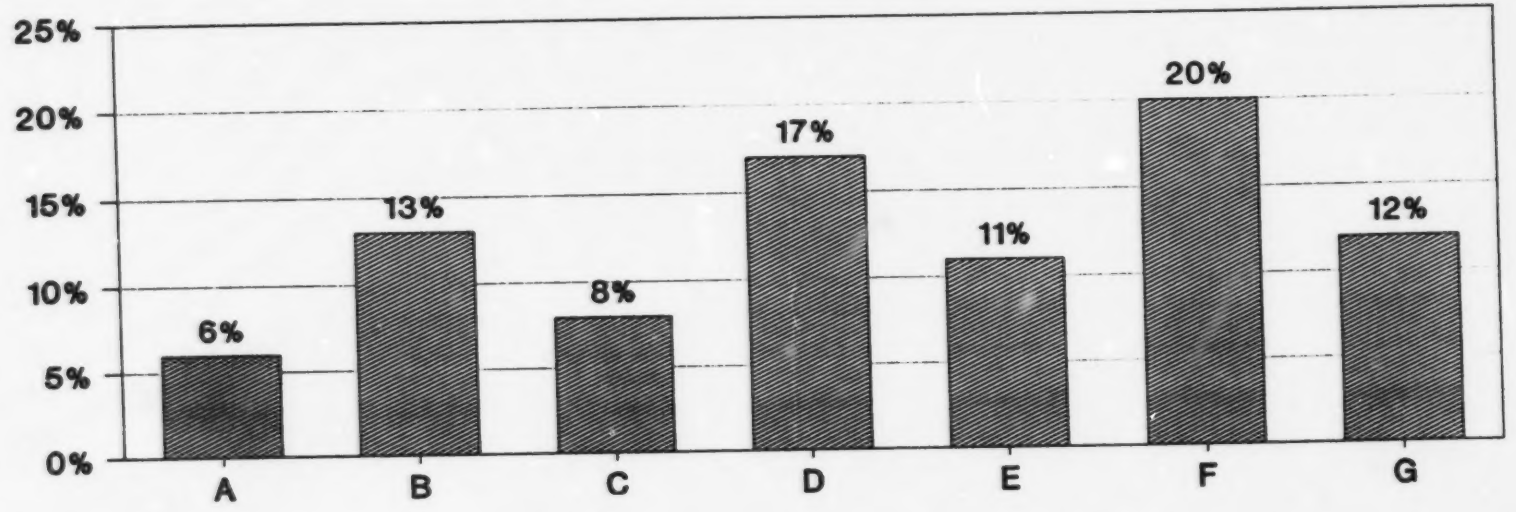
2.4 L'INCAPACITE D'ADAPTATION

Selon tous les groupes consultés par le CCNTA, un certain pourcentage d'aînés sont incapables de surmonter un ou plusieurs des obstacles auxquels ils se heurtent. La fréquence des cas où les aînés qui répondaient pour eux-mêmes au questionnaire du CCNTA ont déclaré ne pas pouvoir s'adapter est indiquée dans la **FIGURE 4.** Le fait que ces réponses étaient peu nombreuses laisse supposer que la plupart des aînés interrogés réussissaient à trouver un moyen de surmonter les difficultés qu'ils rencontraient.

Par rapport aux deux autres groupes consultés, les aînés qui répondaient pour eux-mêmes ont déclaré plus souvent qu'ils ne pouvaient surmonter les difficultés d'ordre affectif et mental. Certains aînés qui ne se croyaient pas en mesure de vaincre leurs problèmes affectifs n'étaient peut-être pas au courant des services de santé mentale offerts ou hésitaient peut-être à obtenir l'aide de leurs réseaux informels ou des services formels.

Comparativement aux fournisseurs de services et aux aînés qui répondaient pour d'autres, les aînés qui répondaient pour eux-mêmes ont dit plus souvent qu'ils étaient également incapables de surmonter les problèmes liés aux services communautaires, à la sûreté et à la sécurité, au logement, et à la communication et à l'information. Étant donné que ces problèmes sont en fait interreliés, certains aînés ont déclaré être dans une impasse; ils ne pouvaient s'occuper de leur maison seuls et estimaient que leur sécurité était menacée, mais qu'ils ne pouvaient obtenir dans la communauté les services de soutien nécessaires et qu'il n'y avait pas d'autres solutions de logement convenables. En particulier, ces aînés trouvaient que leurs possibilités d'autonomie étaient sérieusement limitées.

Figure 4: Aînés déclarant qu'ils ne peuvent faire face à certains problèmes



Catégories de problèmes

A - Santé physique

B - Bien-être mental et affectif

C - Transport et mobilité

D - Services de soutien communautaires

E - Sécurité et sûreté

F - Logement

G - Communication et information

Source: CCNTA 1988

3. INCIDENCE SUR LA POLITIQUE: AIDER LES AINES EN FONCTION DE LEURS STRATEGIES D'ADAPTATION

3.1 ORIENTATIONS GENERALES DE LA POLITIQUE

La consultation menée par le CCNTA a révélé que la majorité des aînés qui répondaient pour eux-mêmes ou dont le comportement était observé par les aînés qui répondaient pour d'autres ou par les fournisseurs de services, réussissaient à surmonter les principaux obstacles à l'autonomie. Les genres de stratégies qu'ils emploient sont fonction de la nature du problème. L'importance que les aînés attachaient à l'autodétermination était très claire, surtout au chapitre des problèmes de santé physique et affective. Quant aux cinq autres grandes catégories de difficultés (transport, services communautaires, sûreté et sécurité, logement, communication et information), les aînés comptaient le plus souvent sur l'aide des services formels. En effet, les services formels semblaient être pratiquement le seul recours pour résoudre les problèmes de logement et de sécurité. Le réseau informel a été signalé comme moyen auxiliaire de résoudre les difficultés en matière de transport, de services communautaires, et de communication et d'information. Les obstacles que la plus grande proportion de répondants supposaient insurmontables pour les aînés étaient ceux liés aux services de soutien communautaires et au logement.

De l'avis du CCNTA, la politique publique devrait tenir compte des façons dont les aînés font face aux obstacles, ainsi que des types de problèmes que les aînés ont le plus de difficulté à régler. Dans une perspective très générale, il faudrait, au moment de la mise sur pied de programmes et de services pour les aînés, respecter et promouvoir par tous les moyens possibles les stratégies d'autodétermination employées par les aînés. L'ensemble de la société, y compris les différents paliers de gouvernement, le secteur bénévole et les groupements de citoyens, devrait s'occuper davantage de fournir aux aînés les services dont ils ont besoin pour surmonter les obstacles auxquels ils ne peuvent venir à bout seuls. Le CCNTA est convaincu que la prestation des appuis nécessaires à l'autonomie empêchera véritablement que les aînés ne se trouvent inutilement dans une situation de dépendance non désirée.

3.2 SOLUTIONS PROPOSEES

3.2.1 LA SANTE PHYSIQUE

Etant donné que les aînés préfèrent nettement prendre eux-mêmes en charge leur santé physique, le CCNTA recommande qu'une attention particulière soit accordée aux stratégies de promotion de la santé et à la facilité d'accès des services de soutien.

Plus précisément, le CCNTA recommande que:

- o les aînés soient informés des comportements de santé, des changements dans leurs habitudes de vie, des exercices ou des appareils qui pourraient les aider à prendre en charge leur santé physique;

- o cette prise en charge personnelle soit appuyée par la création de groupes affinitaires de soutien ou de groupes d'entraide pour les personnes qui font face à des problèmes semblables;

- o des services communautaires de mieux-être soient établis à travers le Canada et dispensés en fonction des besoins des aînés--par exemple, des services mobiles ou des services de consultation sans rendez-vous;

- o des programmes d'enseignement de techniques psychologiques à employer pour surmonter la douleur chronique et les limitations fonctionnelles soient établis à l'intention des aînés dans des cliniques et des centres pour aînés;

- o les professionnels de la santé prennent le temps de s'assurer que les aînés soient parfaitement renseignés sur les affections, les choix thérapeutiques et les médicaments qu'ils doivent peut-être prendre;

- o des conseils pratiques soient donnés aux aînés sur la façon de mieux communiquer avec les professionnels de la santé pour pouvoir obtenir des renseignements complets qu'ils comprendront et retiendront facilement;

- o les aînés puissent se procurer des prothèses et des appareils à prix abordable et que des services de suivi leur soient dispensés pour assurer le bon usage de ces aides;

- o une gamme complète de services de santé soit offerte en milieu rural et dans les villes; que ces services soient coordonnés centralement, ayant un point d'entrée unique ou, à tout le moins, un point d'accès unique.

3.2.2 LE BIEN-ETRE AFFECTIF ET MENTAL

De façon générale, le CCNTA recommande que le respect de la vie privée et de l'autodétermination sur le plan affectif qui, selon la documentation spécialisée et la consultation

menée par le CCNTA, sont des valeurs très importantes chez les aînés, soient pris en considération au moment de l'élaboration de stratégies de prévention et d'intervention dans le domaine de la santé mentale.

En particulier, le CCNTA recommande que:

- les activités d'éducation du public et d'information médiatique soient augmentées et orientées vers les aînés et leurs familles pour leur donner des renseignements exacts au sujet des problèmes de santé mentale et affective propres aux personnes âgées (p. ex., sur l'incidence, le dépistage, la prévention, les stratégies thérapeutiques) et, de cette manière, supprimer les tares et détruire les mythes associés aux troubles psychologiques;

- les aînés qui prennent soin de parents frêles ou de parents malades en phase terminale reçoivent de l'information et de l'aide pour faire face à leur perte imminente et réconforter la personne malade ou mourante;

- des groupes de soutien et des groupes d'entraide soient mis sur pied pour aider les aînés à s'adapter au deuil et à la perte d'êtres chers;

- les professionnels de la santé soient sensibilisés à la dépendance de certains aînés de médicaments psychotropes prescrits dans les affections psychosociales, et que les professionnels connaissent les stratégies thérapeutiques de rechange;

- soient élaborés des programmes d'intervention psychothérapeutique qui entretiennent chez l'aîné un sens de responsabilité de son comportement, augmentent l'autodétermination et soient axés sur l'acquisition de bonnes attitudes et compétences d'adaptation, et qu'on rende ces programmes plus attrayants aux participants éventuels en leur donnant des appellations non menaçantes (p. ex. "Vie efficace", "Contrôle du stress" ou "Séminaires de mieux-être").

3.2.3 LE TRANSPORT ET LA MOBILITE

Etant donné que les aînés qui ne sont pas autonomes sur le plan du transport comptent principalement sur du soutien informel, le transport en commun et les services communautaires formels, le CCNTA croit que toutes les mesures proposées dans son premier rapport sur les obstacles à l'autonomie sont de bons compléments aux initiatives personnelles des aînés et qu'ils répondent aux besoins de services exprimés par les aînés.

En résumé, le CCNTA recommande que:

- le transport en commun soit étendu davantage aux localités manquant de services et que dans les villes, les réseaux existants soient rendus plus accessibles aux aînés (en améliorant, par exemple, les itinéraires, les horaires, la conception des transporteurs, la conduite des véhicules et les abris);
- l'information concernant des services de transport novateurs soit largement diffusée afin qu'ils puissent être mis sur pied dans plusieurs communautés;
- une attention particulière soit accordée à l'enlèvement complet et rapide de la neige et de la glace sur les trottoirs et les routes, surtout dans les endroits où il y a de fortes concentrations d'aînés.

3.2.4 LES SERVICES DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRES

Les résultats montrent qu'un bon réseau et une gamme complète de services communautaires sont indispensables au maintien de l'autonomie des aînés dans la communauté. A la lumière de ces constatations, le CCNTA croit que toutes les solutions proposées par le CCNTA dans son premier rapport sont entièrement applicables.

De façon générale, le CCNTA recommande que:

- des services de soutien communautaires suffisamment variés et nombreux soient offerts à travers le pays et que ces services soient coordonnés, ayant de préférence un point d'entrée unique;
- l'aîné lui-même, un membre intéressé du réseau informel ou n'importe quel membre de l'équipe de soins ait la possibilité de demander des services de soutien à domicile.

3.2.5 LA SURETE ET LA SECURITE

De façon générale, le CCNTA croit que les solutions proposées dans son premier rapport sont compatibles avec les stratégies déjà employées par les aînés partout au Canada; les recommandations faites dans le présent rapport visent à souligner ces initiatives.

Plus particulièrement, le CCNTA recommande que:

- de l'information au sujet des systèmes personnels de surveillance électronique à haute technologie et des systèmes de surveillance à faible technologie (service de contact téléphonique, surveillance de quartier, alerte postale et surveillance mutuelle) soit largement diffusée non seulement aux aînés et à leurs associations, mais aussi aux groupements communautaires et aux urbanistes;

- des systèmes centralisés d'appel en cas d'urgence soient installés dans un plus grand nombre de localités et que la prestation de services en cas d'urgence soit coordonnée et intégrée efficacement;

- les services de police et des incendies renseignent les aînés sur les mesures concrètes à prendre pour se protéger contre divers dangers, l'incendie et le crime;

- les services de police et des incendies tiennent un registre des personnes à risque en cas d'urgence, en particulier les aînés frêles ou handicapés;

- les aînés participent activement aux initiatives communautaires locales de protection du milieu, non seulement pour exposer le point de vue précieux d'un groupe vulnérable de la population, mais aussi pour sentir qu'ils contrôlent leur milieu immédiat.

3.2.6 LE LOGEMENT

Les solutions proposées par le CCNTA visent à renforcer les stratégies et les ressources actuellement employées par les aînés pour résoudre leurs problèmes de logement et à leur donner plus de choix. La multiplication effective de ces choix exige la collaboration des aînés avec tous les paliers de gouvernement, les constructeurs, les agences immobilières et les établissements financiers.

Le CCNTA recommande principalement que:

- diverses possibilités (p. ex., arrangements financiers, subventions de rénovation, consultation en modification de plans) soient élaborées et évaluées, et que les avantages et inconvénients de chacune soient communiqués aux aînés;

- des possibilités de logement adapté et à prix abordable qui permettent aux aînés de vivre autonomes tout en ayant du soutien (p. ex., coopératives d'habitation, habitations collectives et

logements à prix modique, habitations partagées, maisons-jardins, villages-retraite et installations de soins de plusieurs niveaux) soient élaborées et évaluées et qu'on en fasse énergiquement la promotion si elles sont jugées efficaces;

- o l'avis des groupements d'aînés soit demandé au moment de la planification et de la mise sur le marché de nouveaux modèles de résidences afin que les logements pour aînés soient non seulement adaptés aux besoins de la clientèle visée, mais qu'ils soient aussi une solution de rechange attrayante;

- o tous les paliers de gouvernement considèrent le logement comme une priorité de planification sociale.

3.2.7 LA COMMUNICATION ET L'INFORMATION

Le CCNTA recommande qu'une importance primordiale soit attachée à la diffusion de renseignements sur les services offerts aux aînés et que cette information s'adresse aux aînés directement, à leur réseau informel et aux représentants communautaires.

En résumé, le CCNTA recommande que:

- o des campagnes d'information massive soient lancées;

- o des lignes téléphoniques d'appel sans frais soient installées à travers le Canada pour répondre aux questions des aînés au sujet des services disponibles, et que les numéros soient inscrits bien en vue dans l'annuaire téléphonique;

- o on s'occupe tout particulièrement de renseigner les aînés des communautés ethniques, dans leur langue, sur leurs droits et sur les services qui leur sont offerts; cette activité devrait être menée le plus possible à l'intérieur des différentes communautés ethniques par l'intermédiaire, par exemple, de leurs réseaux de communication par imprimés ou par d'autres médias.

REFERENCES

Bandura, A. "Self-efficacy Mechanisms in Human Agency." American Psychologist. 37, 2 (1982): 122-147.

Brown, B. B. "Social and Psychological Correlates of Help-seeking Behavior among Urban Adults." American Journal of Community Psychology. 6, 5 (1978): 425-439.

Cantor, M. H. "Social Care: Family and Community Support Systems." Annals of the American Academy of Political and Social Science. 503 (Mai 1989): 99-112.

Cappeliez, P. "Daily Worries and Coping Strategies: Implications for Therapists." Clinical Gerontologist. 8, 3 (1989): 70-71.

Chappell, N. L. "Informal Support Networks among the Elderly." Research on Aging. 5, 1 (1983): 77-99.

Conseil consultatif national sur le troisième âge. La position du CCNTA sur l'aide informelle En cours de préparation.

Conseil consultatif national sur le troisième âge. Pour mieux comprendre l'autonomie des aînés. 1er rapport: Les obstacles et les avenues de solutions Ottawa: CCNTA, 1989.

Corin, E. "The Relationship between Formal and Informal Social Support Networks in Rural and Urban Contexts." In Aging in Canada: Social Perspectives (2e édition). Edité par V. W. Marshall. Toronto: Fitzhenry & Whiteside, 1987: 367-394.

Essex, M. J. et Ryff, C. D. "Getting Better while Getting Worse: Self-protective Mechanisms in Enhancing Well-being over Time." Document présenté à la 42e rencontre annuelle de la Gerontological Society of America, à Minneapolis, 1989.

Felton, B. J. et Revenson, T. A. "Age Differences in Coping with Chronic Illness." Psychology and Aging. 2, 2 (1987): 164-170.

Folkman, S. et Lazarus, R. S. "An Analysis of Coping in a Middle-aged Community Sample." Journal of Health and Social Behavior. 21 (Septembre 1980): 219-239.

Gourash, N. "Help-seeking: A Review of the Literature." American Journal of Community Psychology. 6, 6 (1978): 413-420.

Kaus, C. R. et Hooker, K. "Coping with Health Concerns as a Function of Perceived Impact on Daily Concerns." Document présenté à la 42e rencontre annuelle de la Gerontological Society of America, à Minneapolis, 1989.

Koenig, H. G., George, L. K. et Siegler, I. "The Use of Religion and other Emotion-regulating Coping Strategies among Older Adults." The Gerontologist. 28, 3 (1988): 303-310.

Lazarus, R. S. et DeLongis, A. "Psychological Stress and Coping in Aging." American Psychologist. 38, 3 (1983): 245-254.

McCrae, R. R. "Age Differences in the Use of Coping Mechanisms." Journal of Gerontology. 37, 4 (1982): 454-460.

Phifer, J. F. et Murrell, S. A. "Etiologic Factors in the Onset of Depressive Symptoms in Older Adults." Journal of Abnormal Psychology. 95 (1986): 282-291.

Shanas, E. et Sussman, M. B. Family, Bureaucracy and the Elderly. Durham: Duke University Press, 1977.

Stone, L. O. Liens de famille et d'amitié chez les Canadiens âgés. Ottawa: Approvisionnements et Services Canada, N° de cat. 89-508, 1988.

Thompson, V. J. "The Elderly and their Informal Social Networks." Revue canadienne du vieillissement. 8, 4 (1989): 319-332.

Wagner, D. et Keast, F. "Informal Groups and the Elderly." Research on Aging. 3, 3 (1981): 325-331.

Westbrook, M. T. et Viney, L. L. "Age and Sex Differences in Patients' Reactions to Illness." Journal of Health and Social Behavior. 24, 4 (1983): 313-324.

ANNEXE: CONSIDERATIONS D'ORDRE TECHNIQUE ET METHODOLOGIQUES

Les descriptions des ressources et des stratégies d'adaptation utilisées par les aînés qui figurent dans le présent rapport sont basées sur les réponses des participants à la question suivante: Comment avez-vous--ou les aînés que vous avez observés ont-ils--réussi à surmonter le problème ou à composer avec lui? Les réponses concernant chacun des sept principaux obstacles indiqués dans le premier rapport du CCNTA ont été analysées et les résultats comparés avec la documentation de recherche sur les ressources et les stratégies d'adaptation utilisées par les aînés.

Les renseignements réunis dans le présent rapport proviennent de 800 des 3 600 questionnaires retournés au CCNTA. Les stratégies d'adaptation décrites par les participants ont été codées et classées dans l'une des quatre catégories suivantes: autodétermination, réseau informel, services formels et incapacité d'adaptation.

Bien qu'il se soit efforcé d'assurer une participation satisfaisante de toutes les régions du pays, le CCNTA n'a pas échantillonné la population des aînés du Canada suivant les méthodes scientifiques communément admises. Par conséquent, les aînés qui ont pris part à la consultation du CCNTA ne peuvent être jugés représentatifs de tous les aînés au Canada; comparativement à l'ensemble des aînés au Canada, la population qui a répondu au questionnaire du CCNTA était plus jeune, plus à l'aise financièrement, plus instruite et composée d'un plus grand nombre d'hommes. Tout comme le premier rapport du CCNTA sur les principaux obstacles à l'autonomie, ce rapport-ci renferme les réponses des personnes qui ont choisi de remplir le questionnaire du CCNTA.

Les fournisseurs de services et les aînés qui répondaient au nom d'autres aînés ont signalé, proportionnellement, une plus grande fréquence d'utilisation et une plus grande variété de moyens de faire face aux obstacles à l'autonomie que les aînés qui répondaient pour eux-mêmes. Cette constatation n'a rien d'étonnant puisque les personnes qui travaillent avec des aînés ou qui représentent des groupements d'aînés sont plus susceptibles que les aînés eux-mêmes de connaître les ressources disponibles et d'avoir vu les stratégies d'adaptation employées par un grand nombre de gens.

Une deuxième observation générale peut être faite à propos de la tendance de chaque groupe consulté à opter pour des stratégies d'adaptation quelque peu différentes. Dans l'ensemble, les aînés qui répondaient pour eux-mêmes ont signalé beaucoup plus souvent que les fournisseurs de services ou les aînés répondant pour d'autres aînés qu'ils utilisaient leurs propres moyens de solution ou d'adaptation. Cependant, ces deux derniers groupes avaient plus souvent tendance que les aînés qui répondaient pour eux-mêmes à signaler les services formels comme moyen de faire face aux problèmes. Naturellement, les aînés qui décrivaient leurs propres moyens d'adaptation pouvaient faire part de stratégies d'autodétermination que les personnes en dehors de leur entourage immédiat n'étaient pas en mesure d'observer; par ailleurs, les fournisseurs de services auraient évidemment tendance à penser d'abord aux services comme moyen de régler des problèmes.

Toutefois, à bien des égards, les résultats exposés ici coïncident avec la documentation scientifique sur les stratégies d'adaptation et le soutien social. Une anomalie importante est digne de mention: alors que la recherche sur les appuis sociaux indique que les aînés comptent beaucoup plus sur leur réseau informel que sur les services formels pour obtenir de l'aide, le CCNTA a constaté dans cette étude-ci une sous-déclaration du réseau informel comme moyen de surmonter des problèmes. Cette différence est peut-être attribuable à la méthode de collecte des données; contrairement à d'autres chercheurs, le CCNTA a demandé aux participants de dire comment les aînés (eux-mêmes ou d'autres aînés) réglaient leurs difficultés, et non à qui ils s'adressaient pour de l'aide. Les fournisseurs de services et les aînés qui répondaient pour d'autres étaient peut-être moins au courant du rôle de la famille et des amis que de celui des services formels pour ce qui est de favoriser l'autonomie des aînés; les aînés qui répondaient pour eux-mêmes au questionnaire n'ont peut-être pas saisi l'importance du réseau informel comme ressource d'adaptation parmi les innombrables autres formes d'échange avec ces personnes, ou ils hésitaient peut-être à reconnaître jusqu'à quel point ils comptaient sur le réseau informel pour surmonter leurs difficultés.

Le CCNTA ne prétend pas avoir mené une enquête scientifique, et les résultats présentés dans ce rapport doivent être examinés de plus près par les chercheurs. Le Conseil espère néanmoins que les descriptions des ressources et des stratégies d'adaptation qui lui ont été fournies au cours de sa consultation d'aînés et de fournisseurs de services seront un complément utile d'information sur les moyens par lesquels les aînés tentent de conserver leur autonomie.